



**Le fonctionnement du marché de l'aide à domicile en
situation d'incertitude sur la qualité. Approche
théorique et empirique. Le cas des services de l'aide aux
personnes âgées**

Djamel Messaoudi

► **To cite this version:**

Djamel Messaoudi. Le fonctionnement du marché de l'aide à domicile en situation d'incertitude sur la qualité. Approche théorique et empirique. Le cas des services de l'aide aux personnes âgées. Economies et finances. Université des Sciences et Technologie de Lille - Lille I, 2009. Français. NNT: . tel-00411980

HAL Id: tel-00411980

<https://theses.hal.science/tel-00411980>

Submitted on 31 Aug 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Lille 1 - Sciences et Technologies

Faculté des sciences économiques et sociales

École doctorale SESAM (Sciences Économiques, Sociales, de l'Aménagement et du Management)

Laboratoire EQUIPPE (Économie Quantitative, Interaction, Politiques Publiques et Économétrie)

Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Université Lille 1

Discipline : Sciences Économiques

Le fonctionnement du marché de l'aide à domicile en situation d'incertitude sur la qualité. Approche théorique et empirique

Le cas des services de l'aide aux personnes âgées

Présentée et soutenue publiquement par

Djamel Messaoudi

Le 03 avril 2009

Directeur de thèse :

M. Philippe Rollet

Président de l'Université Lille 1

Co-directeur de thèse :

M. Richard Sobel

Maître de conférences à l'Université Lille 1

Jury :

Mme. Edith Archambault

Professeur émérite Université Paris I - Panthéon-Sorbonne

M. Olivier Favereau

Professeur Université Paris X (Rapporteur)

Mme. Florence Jany-Catrice

Maître de conférences - HDR Université Lille 1

Mme. Marthe Nyssens

Professeur Université Catholique de Louvain (Rapporteur)

M. Jean-Pierre Yonnet

Directeur de l'ORSEU (Office européen de recherche en relations sociales)

Remerciements

Mes remerciements s'adressent d'abord à M. Philippe Rollet qui a accepté de diriger cette thèse. Je le remercie pour sa disponibilité en dépit de sa responsabilité en tant que président de l'Université de Lille 1, surtout je le remercie pour sa confiance. J'aimerais lui témoigner ma plus vive reconnaissance.

Un grand merci à Richard Sobel qui durant toutes ces années a su se rendre constamment disponible pour encadrer ma thèse. Je le remercie pour ses orientations qui m'étaient très précieuses surtout dans les moments d'incertitude. La première année était particulièrement difficile et Richard a su se montrer confiant et toujours amical. Après d'innombrables réunions de travail avec lui, nous sommes parvenus à fixer une problématique, une approche et une méthode. A partir de ce moment, j'avais une large autonomie pour mener ma thèse avec un encadrement efficace : le parfait équilibre souhaité par chaque doctorant. Je le remercie donc pour son soutien infailible, pour sa sympathie et aussi pour m'avoir ouvert plusieurs de portes.

Je remercie chaleureusement Florence Jany-Catrice qui a accepté de lire ma thèse. Je voudrais lui dire combien ses remarques étaient précieuses et combien j'apprécie son aide.

J'ai eu régulièrement des discussions enrichissantes avec Nicolas Farvaque. Je le remercie pour ses critiques constructives et je lui témoigne ma sympathie et mon amitié.

Je voudrais remercier aussi les personnes les plus concernées par cette thèse sans l'implication et la disponibilité desquelles elle n'aurait jamais été menée à terme : aux personnes âgées que j'ai rencontrées et celles qui ont répondu au questionnaire, je dis un grand merci. Je souhaite à chacune d'entre elles de trouver un peu plus de réconfort et qu'enfin leurs attentes soient réellement prises en charge. Je remercie aussi l'association ADAR pour m'avoir permis d'effectuer cette enquête et qui m'a aidé à la conduire dans de bonnes conditions. Plus particulièrement, je remercie son directeur M. Christian Paul avec qui j'ai eu plusieurs fois des discussions enrichissantes. Mes sympathies à madame Rocq, la secrétaire de direction, qui a assuré le bon déroulement de l'enquête et a préparé mes entretiens avec les personnes âgées et les salariés.

J'ai eu la chance de rencontrer des structures pour qui l'aide à domicile n'est pas seulement une activité ou une profession, mais plus que ça, une vocation. Je remercie leurs responsables et leurs salariés de

m'avoir accueilli toujours aimablement. Les discussions que j'avais eues avec certains d'entre eux étaient d'un apport inestimable à cette thèse, notamment avec Stéphane Duval du Conseil Général de l'Isère, Anne-Marie Ecrepont de l'URADAR, Anne Delcourt de SYDO, Josette Brassart directrice de CEDRE et le Docteur Huriez de l'hôpital de Tourcoing. J'aimerais également dire merci à Cyrille Ferraton avec qui j'ai travaillé sur le projet européen IRS.

Cette thèse a été financée dans le cadre d'un partenariat entre le Conseil Régional et la société ORSEU (Office européen de recherche en relations sociales). Ma gratitude à M. Daniel Percheron en sa qualité du Président du Conseil régional. J'espère que cette thèse apportera un petit plus à sa politique locale de prise en charge de la dépendance des personnes âgées et permettre enfin d'engager une réelle structuration de l'activité des services à la personne.

Mes remerciements au directeur de l'ORSEU, M. Jean Pierre Yonnet, pour m'avoir donné la chance de conduire mes recherches avec son soutien matériel et relationnel. A travers lui, je remercie toute l'équipe de l'ORSEU qui, chacun à sa manière, m'a soutenu. Mais je n'oublie pas les moqueries affectueuses sur mon accent et je tiens à nommer les coupables : Sabrina, Stéphane, Nicolas, Maité, Thomas et Fatou. Je souhaite à Marion Lefebvre, qui nous a rejoints à l'Orseu en tant que doctorante, de connaître le même soutien et les mêmes moments de sympathie avec ces collègues décidément incorrigibles.

Ma sympathie à Marie-Françoise et Gislain pour leur gentillesse normande, à Annie et Chouquette, à tous les amis et copains qui se côtoient dans ce milieu *intimiste* d'artistes qu'est La Vitrine : Anne, Sébastien, Solange, Babette et évidemment Dominique l'Aviateur.

Merci à Stéphane et Sabrina, à Idir et son frère les premiers *Ch'tis* que j'ai rencontrés, Arezki, Baya, Mohand et sa femme, Smail, Jean-Jacques et tous les copains du « club du samedi ».

Merci à mon frère Samir et à Sonia à qui je souhaite une vie heureuse.

Une pensée affectueuse à mes parents Hamitouche et Baya et à toute la famille.

A Ramdane *alias* Raymond

INTRODUCTION GÉNÉRALE	7
-----------------------------	---

PARTIE I

LE DÉVELOPPEMENT DU MARCHÉ DES SERVICES DE L'AIDE À DOMICILE: COORDINATION, ENJEUX ET RÉGULATION	31
--	----

CHAPITRE I

LE DÉVELOPPEMENT DU MARCHÉ : DIFFICULTÉS DE COORDINATION ET CADRE MACRO-SOCIAL	32
1. Les enjeux de la construction du marché de l'aide à domicile	34
2. Les principaux facteurs de la demande et leurs enjeux sur la qualité	48
3. La structure de l'offre des services de l'aide à domicile	60
4. Des différences qualitatives réelles mais peu visibles	78
5. L'évolution des formes de l'offre d'aide à domicile	89

CHAPITRE II

L'INFLUENCE DE LA RÉGULATION PUBLIQUE SUR LA STRUCTURATION DE L'OFFRE	97
1. Retour sur les notions de règle et de régulation	99
2. La régulation dans les services d'aide à domicile aux personnes âgées	102
4. Le rôle de la régulation locale dans la coordination de l'offre : le rôle des réseaux locaux	123
Conclusion de la partie I	133

PARTIE II

INCERTITUDE ET QUALITÉ DANS LES SERVICES DE L'AIDE À DOMICILE	137
---	-----

CHAPITRE III

APPORTS ET LIMITES DE LA THÉORIE ÉCONOMIQUE À L'ANALYSE DU CHOIX EN SITUATION D'INCERTITUDE	141
1. Distinction entre l'incertitude et le risque	143
2. L'approche de la théorie néoclassique : analyse à partir de quelques modèles	151
3. Les mécanismes surmontant l'incertitude	163
4. Les modèles d'Akerlof (1970) et d'Orléan (1991) : indifférenciation qualitative et émergence des convention de qualité	183

CHAPITRE IV

LA QUALITÉ DU SERVICE D'AIDE À DOMICILE : TENSIONS ET INCERTITUDES	198
1. Les tensions dans la relation de service d'aide à domicile aux personnes âgées	200
2. La qualité dans l'aide à domicile : différences et enjeux	218
3. L'incertitude dans l'aide à domicile aux personnes âgées	237
Conclusion de la partie II	258

PARTIE III

LE COMPORTEMENT DES USAGERS EN INCERTITUDE: L'ACTION INDIVIDUELLE ET LES DISPOSITIFS DE JUGEMENT SUR LA QUALITÉ²⁶¹

CHAPITRE V

L'ACTION DES USAGERS : QUEL COMPORTEMENT EN INCERTITUDE ?	264
<i>1. Les caractéristiques sociologiques de l'échantillon</i>	<i>266</i>
<i>2. Les personnes âgées aidées à domicile : une population hétérogène</i>	<i>277</i>
<i>3. Le choix en situation d'incertitude</i>	<i>288</i>

CHAPITRE VI

LE DISPOSITIF DE JUGEMENT COMME MODE D'INFORMATION ET D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ	315
<i>1. Les réseaux sociaux : un autre moyen de s'informer sur les qualités</i>	<i>317</i>
<i>2. Une multiplicité de réseaux et une multiplicité de qualités</i>	<i>323</i>
<i>3. Le rôle des réseaux d'échange dans la construction de la qualité</i>	<i>329</i>
<i>4. L'apport des jugements comparatifs à l'évaluation de la qualité des prestataires</i>	<i>350</i>
<i>Conclusion de la partie III</i>	<i>372</i>

PARTIE IV

UN MODÈLE DE CONCURRENCE PAR LES RÉPUTATIONS ET UNE DIFFÉRENCIATION QUALITATIVE PAR LES CONVENTIONS..... 377

CHAPITRE VII

UN MARCHÉ OÙ LA CONCURRENCE S'EFFECTUE PAR LES RÉPUTATIONS	380
<i>1. Les caractéristiques du marché des services de l'aide à domicile</i>	<i>382</i>
<i>2. Les niveaux constitutifs du marché de l'aide à domicile</i>	<i>389</i>

CHAPITRE VIII

LES CONVENTIONS DE QUALITÉ COMME MODE DE COORDINATION DANS L'AIDE À DOMICILE⁴⁰⁰	400
<i>1. Les conventions de qualification de l'offre et de la demande</i>	<i>402</i>
<i>2. Quatre modèles d'organisation associés à quatre conventions de qualité</i>	<i>417</i>
<i>3. L'instabilité des conventions de qualité dans l'aide à domicile</i>	<i>426</i>
<i>Conclusion de la partie IV</i>	<i>436</i>

CONCLUSION GÉNÉRALE	440
----------------------------------	------------

BIBLIOGRAPHIE	453
ANNEXES	470

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les services à la personne en général et les services d'aide à domicile en particulier, sont la cible des politiques de l'emploi depuis quelques années. Le débat public autour de ces services est largement focalisé sur leur potentiel de création d'emplois. Leur utilité au bénéfice des personnes fragiles est également mise en avant. Puisque ces services sont principalement financés par la collectivité, la problématique à laquelle sont confrontés les pouvoirs publics est de concevoir une réglementation qui favorise leur développement tout en maîtrisant leur coût. Cette problématique est en réalité composée de deux problèmes : trouver des ressources financières nouvelles pour soutenir la demande et maintenir les prix des services à un niveau supportable pour les financeurs institutionnels et les particuliers.

Le problème du financement de la demande peut être circonscrit dans le champ des choix budgétaires. Bien évidemment, la question déborde ce périmètre. Les solutions relèvent davantage d'un choix politique dont les enjeux ne se limitent pas à la question des finances publiques, mais touchent surtout les fondements de la solidarité intergénérationnelle. Le problème des prix, quant à lui, relève du domaine de la régulation. Pour le régulateur, ce problème ne se résume pas seulement à résoudre l'équation comptable entre les dépenses sociales et les ressources disponibles.

Tout d'abord, le prix rémunère le travail. La question des salaires est donc étroitement liée à celle des prix. Maintenir ces derniers à un niveau inférieur permet un développement massif de ces services mais aura trois conséquences négatives majeures : 1) favoriser le développement des emplois à bas salaires; 2) éloigner les employés qualifiés de ces services ; 3) décourager l'effort des prestataires à former leurs salariés et à améliorer la qualité de leur services. Le deuxième aspect du problème que posent les prix est leur fondement même. Autrement dit, sur quelle base le régulateur s'appuie-t-il pour déterminer un niveau de prix acceptable par les usagers, les financeurs, les prestataires et indirectement par les salariés ? On peut accorder au marché cette vertu de définir un prix d'équilibre conciliant les intérêts de chaque partie. C'est probablement le cas pour les produits et services dont l'exclusion à la consommation par les prix est tout à fait normale. Mais en ce qui concerne les services d'aide à domicile, cette exclusion, notamment des personnes dépendantes, n'est pas tolérable par principe de solidarité. Laisser le marché fixer le prix du service sans en définir le cadre est une entorse à ce principe. En revanche, les mécanismes du marché peuvent être sollicités à condition de les accompagner par des règles pour limiter leurs effets pervers.

Un tel choix de régulation de ces services est conduit depuis la fin des années quatre-vingt et est confirmé par les législatures successives. La « régulation concurrentielle subventionnée » des services d'aide à domicile selon les termes de Du Tertre (1999) consiste à assurer l'accès aux personnes âgées moyennant

un soutien financier et à ouvrir ce champ à la concurrence. La mise en concurrence des prestataires a pour objectif primordial de rationaliser les ressources. Tout d'abord, le service public de proximité au bénéfice des personnes âgées ne s'appuie plus sur l'offre publique mais essentiellement sur l'offre privée. Ensuite, l'offre marchande est encouragée là où l'offre associative ou publique est insuffisante ou inexistante. Enfin, la concurrence entre les différentes formes d'offres devrait conduire à une baisse des prix¹.

La réduction souhaitée des prix par effet de concurrence suppose la réalisation de gains de productivité substantiels. Cette idée est partagée par certains auteurs notamment ceux du rapport pour le Conseil d'analyse économique sur la productivité et l'emploi dans le tertiaire (Cahuc et Debonneuil, 2004). L'argument est fondé sur la possibilité de mutualiser les charges fixes en intégrant l'offre dans des plateformes de services. Or, la voie la moins coûteuse- et probablement celle qui sera la plus empruntée suite à l'intensification de la concurrence- est la réalisation des gains de productivité par le travail. En d'autres termes, la stratégie consiste à produire le service avec un moindre coût salarial. Cela nécessite l'incorporation d'une forte proportion de travail non-qualifié dans la prestation sans que ceci altère la qualité du service. Dans le cas inverse, la demande baissera si le prix est utilisé par les usagers comme un indicateur de qualité. La baisse du prix peut donc être interprétée par les usagers comme une dégradation de la qualité. Un prestataire quelconque a donc intérêt à définir un niveau de prix attractif mais sans affecter sa qualité, faute de quoi les usagers se détourneront de son offre. Néanmoins, la stratégie de bas prix et de bas salaire peut être opportune dans la mesure où la sanction du marché est peu probable. En effet, puisque la qualité dans ces services n'est pas visible ni à travers les prix et encore moins à travers les règles, il est tout à fait possible pour les prestataires de faire produire le service par des personnes faiblement qualifiées pour un travail nécessitant des qualifications. Les usagers ne pouvant pas savoir si la qualité concurrente est meilleure continueront à acheter le service auprès des mêmes prestataires même si sa qualité est largement inférieure. Cette stratégie serait ainsi largement partagée par les prestataires pour deux raisons : la première est inhérente à la concurrence par les prix. Pour faire face à la baisse des prix, les prestataires doivent baisser leur coût notamment le coût salarial. La deuxième raison est en lien avec l'incertitude sur la qualité. En effet, un prestataire qui veut se différencier par la qualité de ses services en s'écartant de la qualité moyenne du marché prend le risque de perdre des clients puisque cet écart de qualité ne sera pas visible. Même si les usagers sont prêts à payer un supplément de prix pour une meilleure qualité, ils seront incapables de différencier objectivement les qualités offertes sur le marché. La cause est l'absence d'une information publique sur les qualités accessible à tous les usagers selon les termes de Lucien Karpik (1989). Dans cette situation d'indifférenciation des qualités, comment les usagers arrivent-ils à formuler leur choix ? En interprétant le marché de l'aide à domicile sous l'angle du

¹ Cet objectif est devenu l'un des fondements du plan de développement des services à la personne, dit plan « Borloo », institué par la Loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

modèle d'asymétrie informationnelle (Akerlof, 1970), on peut supposer que les usagers estiment la qualité d'un prestataire au regard de la qualité moyenne offerte sur le marché. Etant donné que le prix du marché reflète cette qualité moyenne, tout prestataire pratiquant un prix supérieur à celui du marché serait suspecté de « malhonnêteté ».

1. La problématique de la thèse

Cette brève présentation des enjeux du développement des services d'aide à domicile nous conduit à nous interroger sur le fonctionnement de ce marché et la nature de la concurrence qui s'y exerce. Plus généralement, il s'agit de comprendre comment sont coordonnées les actions de l'ensemble des acteurs de ces services. Cette question nous paraît peu étudiée. Une littérature abondante a été consacrée aux enjeux de la régulation et de l'emploi des services d'aide à domicile. L'intérêt que suscitent ces services en matière de création d'emploi, de prise en charge de la dépendance et les modalités de financement de cette prise en charge a été largement étudié aussi bien par les économistes que par les sociologues ou les politologues. Ces recherches ont permis de mieux connaître ces services notamment en ce qui concerne les domaines de l'emploi et de qualifications, de régulation, du bien-être des personnes âgées, etc. En revanche, peu de travaux sont consacrés à la *nature de ce marché* et à *son fonctionnement*. C'est justement l'objet de cette thèse de poser, en termes économiques, les questions de la qualité et des formes de coordination sur ce marché.

1.1. La nature du marché de l'aide à domicile

Jusqu'à présent, nous avons utilisé la notion de marché sans définir ses contours. Peut-on réellement parler de marché de services de l'aide à domicile ? La première et évidente condition de la construction du marché est l'existence même de la demande et de l'offre. La seconde condition, plus restrictive, est la libre décision de participer au marché. Si on se limite à cette définition, les services d'aide à domicile sont bel et bien un marché. Tout d'abord, la demande et l'offre existent malgré une certaine dépendance vis-à-vis du financement public. Ensuite, la libre décision des participants à ce marché est dans une certaine mesure assurée. En ce qui concerne l'offre, l'ouverture de l'activité à la concurrence a quasiment levé l'ensemble des freins à la libre concurrence puisque les avantages fiscaux dont bénéficie l'offre associative et publique ont été élargis à l'offre marchande. Si l'entrée sur le marché est libre, la sortie en revanche est conditionnée par certaines règles de responsabilité sociale. En ce qui concerne la demande, l'utilisateur est désormais libre de choisir son prestataire sans aucune restriction. La loi de rénovation de l'action sociale de janvier 2002 garantit cette liberté de choix. Cependant, cette liberté n'est réelle que si le choix est possible. Autrement dit, la condition est que l'offre existe et soit suffisante et surtout la possibilité d'identifier les différentes formes d'offre. Dans certains cas, celle-ci est peu suffisante voire inexistante. Par conséquent, la notion de libre choix a très peu de sens. Dans d'autres cas, l'offre existe

mais elle est très éparpillée et très peu visible. En outre, il est difficile de distinguer les prestataires de qualité et les prestataires de faible qualité. Dans ces situations, la personne âgée peut choisir librement un prestataire mais sans connaître les différences de qualité. Il y a une forte probabilité que son choix soit aléatoire plutôt qu'éclairé.

A partir de ce constat, nous soutenons l'idée selon laquelle le marché de l'aide à domicile est caractérisé par une *incertitude sur la qualité*. Celle-ci est due à l'incapacité des usagers à différencier la qualité des prestataires. Cette thèse s'interroge donc sur le fonctionnement de ce marché en présence de ce type d'incertitude. En nous inspirant des développements théoriques sur cette question notamment le modèle d'André Orléan (1991), nous essayons de représenter le fonctionnement de ce marché en situant la place des règles et des conventions de qualité comme modes de coordination.

1.2. Un service polymorphe ou un service faiblement constitué ?

Les modèles d'asymétries informationnelles (Akerlof, 1970 et Stiglitz, 1987) prédisent la contraction du marché avant de disparaître notamment en cas d'incertitude sur la qualité des services et des biens. Or, le marché de l'aide à domicile ne se contracte pas, mais il est au contraire en expansion rapide. Ce marché se caractérise toutefois par un fort taux de travail non-qualifié malgré l'existence d'une demande nécessitant des services de qualité. Ceci confirme en quelque sorte les prédictions théoriques des modèles d'asymétries informationnelles. Selon ces modèles en effet, l'incertitude conduit à la dégradation de la qualité moyenne offerte sur le marché. Doit-on s'attendre alors à une dégradation progressive de la qualité moyenne des services d'aide à domicile ? Comme la qualité du service est intimement liée à la qualité du travail, la dégradation de la qualité du service se traduirait par la baisse des exigences en termes de qualifications professionnelles. Cette idée a été largement répandue auprès des demandeurs et des prescripteurs d'emploi. D'ailleurs, de nombreuses études sur le travail non qualifié considèrent les emplois de services d'aide à domicile comme des emplois de faible qualification ou sans qualifications (Amossé et Chardon, 2006). Ces services sont ainsi devenus un champ fortement investi par les politiques d'insertion. Cependant, plusieurs travaux critiquent l'idée selon laquelle ces services reposent sur de faibles qualifications (Gadrey, Jany-Catrice, Pernod-Lematre, 2003 ; Orseu, 2006). L'argument développé dans ces travaux est fondé sur deux points : 1) l'hétérogénéité des services d'aide à domicile et, 2) la non-reconnaissance des compétences relationnelles comme qualifications professionnelles. En effet, les services d'aide à domicile sont composés d'une multitude d'activités très différentes les unes des autres. On peut constater ces différences à travers la multiplicité des postes d'emplois ou des métiers dans le secteur. On y recense des emplois appartenant au secteur sanitaire (infirmiers et aide soignants), des emplois d'aide à l'hygiène (auxiliaire de vie sociale), des emplois d'entretien du domicile (agent d'entretien), des emplois relevant de l'artisanat ou du bâtiment (jardinage, réparation, etc.). Les compétences mais aussi le travail sont différents selon les emplois bien que la frontière entre eux soit mince. Par conséquent, les services d'aide à domicile renferment plusieurs professions à qualifications

différentes. Outre ces différences en termes d'activité et de qualifications, il existe une autre différence inhérente à la nature du service et au profil du bénéficiaire. L'aide apportée à une personne lourdement dépendante par exemple peut être différente de l'aide apportée à une personne valide. Les compétences nécessaires pour aider une personne dépendante sont logiquement plus élevées. On peut également noter les différences entre le service d'entretien du domicile et le service d'aide à la personne. Les compétences nécessaires pour fournir l'un ou l'autre service sont différentes. De ce fait, l'employé doit alterner le travail qualifié et le travail non qualifié en fonction des publics auprès desquels il intervient.

En résumé, le service d'aide à domicile peut prendre des formes différentes selon les besoins et les compétences nécessaires. La qualité et le contenu de la prestation doivent être individualisés. Les services sont donc de qualités différentes. Mais peut-on savoir si les services d'une organisation sont plus qualifiés que ceux d'une autre organisation ? Il n'en est pas certain puisque l'information sur la qualité est quasiment inexistante. Dès lors, on peut considérer que ces services échangés sur le marché sont insuffisamment constitués, ce qui peut générer des tensions à propos de leur évaluation. Néanmoins, il faut souligner ici l'existence de règles qui permettent de s'entendre sur la nature des besoins de la personne âgée et sur les compétences que le prestataire doit mobiliser. Dans un cadre plus général, ces règles sont des accords préalables à l'échange permettant de définir les caractéristiques du bien ou du service échangé (Orléan, 1989 et Eymard-Duvernay, 2004).

1.3. Les notions de qualité et de qualifications dans l'aide à domicile

La notion même de la qualité et de la qualification dans l'aide à domicile est difficilement mesurable. Doit-on restreindre la qualité du service aux qualifications professionnelles et celles-ci au diplôme ? Certes le diplôme atteste des compétences professionnelles de l'employé. Néanmoins, d'autres compétences non moins importantes sont souvent demandées voire même exigées par les usagers et par les employeurs. Il s'agit des compétences relationnelles des salariés dont un grand périmètre est difficilement évaluable objectivement ou formalisable sous forme d'un paramétrage qualitatif. Ces compétences relationnelles sont indispensables à la stabilité de la relation de service car elles constituent les fondements de la coopération entre l'utilisateur et le prestataire (Gadrey, 2002). Si on limite la relation de service à l'utilisateur et au prestataire, la coopération entre ces deux acteurs sera difficilement réalisable sans le déploiement de certaines qualités relationnelles par le salarié. Le déroulement même de cette relation serait problématique sans un climat apaisé entre l'utilisateur et le salarié. Or, cette entente dépend essentiellement des qualités relationnelles de ce dernier.

La qualité du service d'aide à domicile est donc une qualité composite. Elle est constituée des compétences professionnelles et relationnelles de l'employé, de ses compétences en termes de savoirs, de savoir-faire et des compétences contractuelles et organisationnelles du prestataire (Gadrey et al., 2003 ; Goffman, 1987). Les qualifications professionnelles sont codifiées dans le cadre de l'accord de la branche

d'aide à domicile. Le diplôme, la formation et l'expérience sont des indicateurs d'évaluation de cette compétence. En ce qui concerne les qualités contractuelles et organisationnelles, elles sont définies dans le cadre de la régulation ou à travers des standards tels que les labels. En effet, les prestataires sont tenus de respecter certaines règles de qualité instituées par l'agrément de qualité, par les financeurs ou par les standards de qualité. Les organisations prestataires font donc l'objet d'une qualification par ces dispositifs de qualité, ce qui est également le cas des compétences professionnelles des salariés qui sont qualifiées par le diplôme ou l'expérience. En revanche, les qualités relationnelles des salariés sont la dimension la plus incertaine de la qualité du service, puisque ni l'employeur ni l'utilisateur ne peuvent les évaluer objectivement *ex ante*.

1.4. L'incertitude sur la qualité et le comportement des acteurs

L'ouverture de l'aide à domicile à la concurrence s'est traduite par la modification de la structure de l'offre et l'apparition de nouvelles pratiques de communication et de management. C'est l'effet visible de la concurrence. Un autre effet moins visible et latent consiste en la modification du comportement de l'utilisateur. En intégrant ce que la concurrence peut lui apporter en termes de qualité mais aussi de prix, il devient de plus en plus exigeant et volatil. D'ailleurs, les termes « qualité » et « efficacité » reviennent souvent dans les discours des personnes que nous avons rencontrées. Les prestataires que nous avons rencontrés parlent de changement de génération surtout chez les sexagénaires. L'exigence de qualité peut être exprimée directement dans les attitudes de la personne âgée mais aussi par la famille, ce qui est souvent le cas. Afin de garder leurs clients, les prestataires doivent donc s'adapter à ce changement de comportement en prenant en compte leurs attentes. Comme le note Marie-France Gounouf (2001), la qualité de la prestation doit prendre en compte les attentes des personnes âgées. La qualité se construit donc en associant directement ou indirectement les usagers.

La dynamique de la relation de service rend possible l'ajustement de la qualité. Cet ajustement intervient souvent suite à la demande de l'utilisateur. Si l'utilisateur manifeste cette doléance il sait que le prestataire est contraint de céder. La menace d'aller chez les concurrents peut toujours être invoquée ou sous-entendue pour le contraindre à répondre favorablement à ses doléances. L'exigence de qualité chez les usagers explique donc l'exigence de qualifications que les prestataires demandent aux employés. La sélection ne se fait plus seulement par les compétences reconnues professionnellement (diplôme et expérience) mais aussi et surtout par les *compétences relationnelles*.

A la lumière de cette analyse, on peut donc affirmer que la concurrence permet une meilleure allocation des ressources dans ce secteur. *A priori*, la qualité doit s'améliorer. Etant donné que les usagers sélectionnent les prestataires, seuls « les meilleurs » d'entre eux resteront sur le marché et par conséquent, seuls « les meilleurs » employés demeureront dans le métier. Pour que l'utilisateur puisse choisir en toute liberté son prestataire il doit disposer de toute l'information sur les différences de qualité offertes sur le

marché. Sans cette condition, son choix serait aléatoire. Or, en l'état actuel du marché, aucun dispositif public ne peut révéler les différences de qualité entre les prestataires. D'abord, le marché fonctionne avec un **prix unique** puisque le tarif fixé par les départements et la CNAV est identique sur le territoire départemental. Le mécanisme des prix peine donc à médiatiser la qualité dans ces services. La labellisation peut jouer ce rôle. Mais c'est une pratique très peu développée actuellement. Seulement une centaine de prestataires est certifiée fin 2007, soit moins de 2% de l'offre. En l'absence d'information sur la qualité, les usagers ne pourraient donc pas choisir en toute connaissance de cause leur prestataire, et encore moins être exigeants sur la qualité. L'incertitude sur la qualité résume ce rapport de force entre l'offre et la demande. Les prestataires sont qualitativement différents les uns les autres mais ces différences sont inaccessible à l'utilisateur. Elles sont masquées par l'unicité du prix et par l'absence d'un dispositif alternatif rendant visibles ces différences. L'incertitude sur la qualité résulte donc de l'absence d'information sur les qualités accessible à l'ensemble des acteurs de l'aide à domicile². Dans ce cas, on peut dire que les prestataires disposent d'un avantage informationnel. Or, nous avons mentionné plus haut que l'utilisateur peut exercer une influence sur le prestataire en exigeant l'amélioration de la qualité. De surcroît, le prestataire cède à cette influence. L'avantage que procure l'asymétrie de l'information semble être neutralisé. Comment peut-on expliquer ce fait ? Et quels sont les forces qui neutralisent l'avantage informationnel du prestataire ? À ce stade, nous pouvons dire que l'enjeu à propos de la réputation des prestataires est au centre des relations de service. Nous soutenons donc la thèse suivante : ***L'incertitude sur la qualité dans les services d'aide à domicile est due à l'incapacité des usagers à différencier qualitativement les prestataires. Néanmoins, les usagers sont capables d'affecter la réputation des prestataires. Cette capacité s'exerce dans le cadre de leurs relations interpersonnelles que nous pouvons qualifier de réseau d'échange*** en suivant Karpik (1989). Les deux conditions nécessaires pour l'équilibre des rapports de force entre les usagers et les prestataires sont : 1) **la réputation** comme modèle de concurrence entre les prestataires et ; 2) les **réseaux d'échange** comme espace dynamique de construction de la réputation et de sanction. Pour que le prestataire puisse assurer une certaine régularité à sa réputation, il doit adapter sa qualité à l'évolution des attentes de ses clients. Faute de quoi, il subira la désapprobation de ces derniers ou des personnes tierces par qui sa réputation se diffuse. Par ailleurs, les personnes âgées ont des profils socio-sanitaires, culturels et psychologiques très différents. Ceci veut dire que leurs exigences sont différentes et évoluent différemment. Par conséquent, leur conception du service peut également s'inscrire dans des registres de qualité différents. S'adapter à l'évolution de leurs attentes est synonyme donc pour une organisation d'investir plusieurs registres de qualité en même temps. C'est cette capacité de certaines organisations de l'aide à domicile à concevoir la qualité à partir de plusieurs

² Les financeurs peuvent avoir cette information en ordonnant une expertise sur la qualité des prestataires financés. Mais cette démarche peut être coûteuse.

registres (ou conventions) qui assure une certaine stabilité à la coordination en présence même de l'incertitude.

1.5. Dépasser l'incertitude dans le cadre d'une action collective est-elle possible ?

Le fonctionnement du marché décrit ci-dessus suppose une interaction dynamique entre les usagers. Ceci procure un aspect dynamique à la convention de qualité (Eymard-Duvernay, 2004). En d'autres termes, les interactions entre les usagers doivent être permanentes. Ceci permet de confronter leurs évaluations individuelles et de s'accorder sur une sorte de délibération à propos de la qualité des prestataires. En même temps, ils doivent se mettre d'accord sur les règles de définition de la réputation. Autrement dit, la valeur et le contenu de la réputation doivent être définis préalablement à l'évaluation. Cette forme d'organisation du marché paraît très sophistiquée. Seules les institutions peuvent assurer un tel fonctionnement. L'exemple de l'aide aux personnes handicapées et dépendantes en Suède est une forme très proche de ce type d'organisation du marché. En effet, les usagers dans ce pays ont créé un groupement d'intérêt (*Intressegruppen för Assistansberättigade*, IFA) dont la fonction principale est de recenser les prestataires privés, évaluer leur qualité et labéliser ceux qui répondent aux exigences de qualité de l'IFA (Waterplas et Samoy, 2005). Dans ce cas, les relations entre les usagers sont institutionnalisées et l'évaluation est plus formalisée. A notre connaissance, ce type d'institution n'existe pas dans l'aide à domicile aux personnes âgées en France. Les relations entre les usagers sont plutôt horizontales et informelles. Par conséquent, leur fonctionnement est difficilement identifiable. On s'interroge alors sur la composition et le fonctionnement du réseau d'échange dans l'aide à domicile.

Au-delà de la description du réseau d'échange sur la base des données de l'enquête que nous avons menée dans le cadre de cette thèse, notre intérêt est surtout de comprendre comment les personnes âgées se servent de ces relations pour effectuer leur choix et comment ce réseau peut produire et diffuser la réputation. La première interrogation est relative à l'apport du réseau d'échange au dépassement de l'incertitude sur la qualité. En quoi consiste l'information pertinente sur la qualité que pourrait trouver l'utilisateur au sein du réseau d'échange ? Comment est-elle construite et diffusée ? Les travaux de Lucien Karpik sur la qualité et sur la confiance nous permettent d'appréhender ces questions.

2. L'organisation de la thèse

La thèse est constituée de quatre parties contenant au total huit chapitres. **La première partie** est consacrée à cerner l'objet de cette thèse. Partant de l'idée que le marché de l'aide à domicile est un marché fragmenté, il est important de montrer comment il est construit et quelles sont ses dynamiques. L'objet de cette première partie est donc centré sur la construction du marché de l'aide à domicile. Pour comprendre cette construction, il est important d'identifier ses principaux acteurs. Ces derniers

appartiennent à des univers différents. Leurs intérêts et leurs logiques de fonctionnement ne sont pas toujours convergentes. Il est donc important de circonscrire leurs actions et leur rôle dans ce marché. En outre, le marché est en constante évolution. De ce fait, la place et le rôle de chaque acteur est susceptible d'évoluer. Au vu de ces éléments, la relation de service d'aide à domicile est non seulement une relation étendue à plusieurs dimensions (Butté-Gérardin, 1999) mais surtout elle est dynamique. Les compromis entre les différents acteurs sont en conséquence évolutifs. C'est cette évolution qui nous intéresse dans cette première partie. Cela montre que la construction du marché n'est pas encore achevée. Tant que de nouvelles règles viennent compléter le fonctionnement du marché, ce dernier est susceptible d'évoluer vers de nouvelles formes.

Dans le premier chapitre, nous montrons comment ce champ se structure en un marché. Nous évoquons les principaux problèmes liés à son fonctionnement après avoir rappelé brièvement le processus chronologique qui a conduit à l'émergence du marché. Par la suite, nous analysons l'impact des facteurs sociodémographiques sur le développement qualitatif de ces services. Le vieillissement de la population et l'appauvrissement des solidarités intergénérationnelles auxquels il faut ajouter la solvabilisation de la demande sont les principaux facteurs de développement de ces services. Sont-ils susceptibles d'augmenter la qualité ou la quantité des services d'aide à domicile ? Dans ce chapitre nous analysons également la structure de l'offre des services d'aide à domicile en montrant la grande diversité de ses formes. Dans un premier temps, nous analysons la structure de l'offre sur le plan qualitatif. Sur la base d'une enquête auprès de 14 structures (cf. le point suivant sur la méthodologie), nous essayons de mettre en évidence les différences de qualité de l'offre sur un marché localisé. Nous montrons également que cette différenciation qualitative est difficilement visible pour les usagers. Dans un deuxième temps, nous analysons l'évolution des formes de l'offre. Leur mutation s'accompagne de l'apparition de nouvelles pratiques dans le management et dans la gestion de la relation de service. En interprétant ces évolutions, nous essayons d'expliquer la dynamique de l'offre : se dirige-t-on vers une *segmentation du marché*, une *différenciation* ou une *diversification* ?

Le deuxième chapitre est une analyse institutionnelle du marché. L'objectif est de montrer quelles sont les différentes formes de régulation de ce marché et leur impact dans la configuration de l'offre. Nous distinguons deux niveaux de régulation : la régulation transversale conduite par les services déconcentrés de l'Etat et les régulations locales conduites par les collectivités locales. La régulation transversale est constituée de règles instituées généralement dans le cadre de la loi et applicables sur l'ensemble du territoire. Le régime d'agrément préfectoral et le régime d'autorisation sont les principaux leviers de cette régulation. D'autre part, ces règles transversales sont complétées par des règles instituées par les collectivités locales dont l'objectif est de mieux organiser l'offre en l'adaptant aux caractéristiques du territoire communal, de l'arrondissement voir même départemental ou régional. Nous montrons comment

ces règles modifient la configuration de l'offre et à travers quelques exemples, nous proposons des idéaux types de la régulation locale.

La deuxième partie est consacrée à l'incertitude sur la qualité dans l'aide à domicile et les mécanismes par lesquels elle est gérée. Plus précisément cette incertitude est liée à l'incapacité des usagers à identifier les prestataires selon leur qualité. Elle est due à l'absence d'un dispositif public permettant de rendre compte des différences de qualité. Certes, l'agrément qualité délivré par la préfecture introduit une différenciation entre les prestataires agréés et les prestataires non agréés. En revanche, son rôle comme signal de qualité est réduit du fait qu'une très large majorité de l'offre est agréée.

Au-delà de l'incapacité des usagers à différencier les qualités offertes, l'incertitude sur la qualité renvoie principalement aux éventuels comportements opportunistes des prestataires. Ils peuvent être incités à générer et à exploiter une rente informationnelle due à l'incertitude sur la qualité. On peut postuler ce type de comportement dans l'aide à domicile mais en ajoutant immédiatement qu'il existe des règles-contraintes, des règles-contrats (Favereau, 1989) et des normes sociales (Elster, 1989) capables d'encadrer ce type de comportements. Toute la problématique est de savoir si ces règles et normes peuvent réduire l'incertitude et le comportement stratégique qui en résulte. Notre objet n'est pas de reconstruire une analyse critique de l'approche néoclassique de l'incertitude, mais plutôt de se servir des approches alternatives pour situer l'action de l'utilisateur dans un univers incertain. Dans cette perspective, nous retenons l'hypothèse selon laquelle la coordination purement marchande dans ces services n'est pas compatible avec la réalité des services d'aide à domicile. La coordination doit être impérativement complétée par des objets conventionnels et des règles. Granovetter (1985) parlera « d'enchaînement » du marché dans des institutions sociales non marchandes. Dans cette partie, nous essayons donc de définir ces « objets ».

Dans le chapitre III, nous revenons sur l'analyse néoclassique de l'incertitude. Dans la première section, nous nous intéressons à la distinction entre le risque et l'incertitude de Knight (1921) et l'approche de Keynes sur l'incertitude (1938). Cette section nous permettra de retenir deux notions importantes : la notion de « jugement » de Knight et la notion de rationalité autoréférentielle de Keynes. Ces deux notions seront mobilisées pour expliquer le comportement des usagers face à l'incertitude. Dans la section 2, nous exposons l'approche de l'incertitude et ses limites dans le modèle d'équilibre général et dans les modèles de microéconomie contemporaine. Il s'agit pour nous essentiellement de montrer que l'approche adoptée dans ces modèles est très restrictive pour comprendre la coordination dans l'aide à domicile. Dans la section 3, nous présentons les principaux mécanismes permettant de surmonter l'incertitude sur la qualité. D'abord, nous présentons les mécanismes du marché en montrant dans quelles conditions ces derniers peuvent être pertinents. Par la suite, nous nous intéressons aux mécanismes conventionnels et institutionnels. Notre approche s'inspire essentiellement de l'économie des conventions. Cela est justifié, nous semble-t-il, par la place importante qu'occupent les contrats implicites dans l'aide à domicile. Que

ce soit du côté des prestataires, du côté des usagers ou encore chez les intermédiaires, nous observons des comportements quasi-normatifs régissant les rapports entre les acteurs. Précisons par ailleurs que la coordination sur le marché de l'aide à domicile ne peut pas se suffire aux conventions. Les règles instituées occupent aussi une place importante. Enfin, la section 4 clôture ce chapitre en interprétant le choix des usagers du point de vue du modèle d'asymétrie informationnel (Akerlof, 1970). La démonstration de ce modèle est fondée sur une hypothèse importante : les acheteurs prennent leur décisions au regard de l'objet échangé, qui est le service en ce qui concerne cette thèse, sans considération de l'identité ni des caractéristiques du fournisseur. Le service dans ce cas est complètement détaché des « êtres ». Or, comme le démontre Orléan (1991), la prise en compte des interactions entre les individus peut conduire à l'émergence des conventions de qualité assouplissant l'incertitude et pourraient conduire à l'ajustement des anticipations des acteurs par rapport à la qualité effectivement offerte. Ce sont ces interactions qui nous intéressent dans cette partie. Nous pensons que le choix des personnes âgées est structuré dans le cadre des réseaux d'échange (Karpik, 1989) et la participation à ces réseaux conduit à l'émergence des conventions de qualité localement situées.

Le chapitre IV est consacré à la notion de l'incertitude qualitative dans l'aide à domicile. D'abord, nous spécifions les tensions qui peuvent émerger dans la relation de service entre le prestataire et l'utilisateur. Par la suite nous étendons cette relation vers l'ensemble des acteurs en intégrant les intermédiaires et les institutions de régulation. L'objectif est de montrer la possibilité de divergences des actions et des intérêts. Les fondements même de leurs actions peuvent diverger. La stabilité de cette relation étendue nécessite ainsi des compromis dépassant le contrat de prestation entre l'utilisateur et le prestataire. Nous montrons ces tensions du point de vue des justifications de l'action en s'inspirant du modèle des grandeurs (Boltanski et Thévenot, 1991). La deuxième section de ce chapitre s'intéresse à la notion de la qualité dans l'aide à domicile. Elle s'interroge sur la place de la qualité dans le choix des personnes âgées. Ces dernières s'intéressent-elles à la qualité de l'organisation prestataire (qualités organisationnelles et contractuelles) ou aux qualités intrinsèques de l'employé (qualités relationnelles) ? Cette question nous conduit à redéfinir la qualité en termes de qualité du service et de qualité « totale ». La différence entre les deux notions est importante pour comprendre le choix et le comportement des usagers. Notre hypothèse est que le choix d'un prestataire, quand ce choix existe, s'effectue sur la base de sa qualité totale et l'ajustement de la prestation en fonction des besoins s'effectue sur la base des qualités du service, donc par les compétences de l'employé. La question qui demeure posée est de savoir quel est le contenu de ces qualités et comment elles se construisent. Dans la troisième section nous définissons la nature de l'incertitude sur la qualité. Trois types d'incertitude feront l'objet de spécifications : l'incertitude critique au sens de Thévenot (1989) qui est liée au comportement des acteurs et à l'évolution des besoins (états futurs), l'incertitude *versus* sélection adverse qui résulte de la différenciation invisible des qualités

offertes et enfin, l'incertitude communicationnelle (Salais, 2004) en lien avec les caractéristiques et le comportement des salariés.

La troisième partie de cette thèse analyse le comportement de l'utilisateur en situation d'incertitude. Il s'agit d'une analyse empirique dont l'objectif est d'abord de vérifier nos principales hypothèses sur l'incertitude et le comportement des acteurs et, ensuite, de définir les stratégies des acteurs en situation d'incertitude. Nous nous sommes interrogés sur les moyens dont disposent les personnes âgées pour dépasser leur incertitude. Pour répondre à cette question, nous avons mené deux enquêtes : une enquête auprès des prestataires et une enquête auprès des personnes âgées.

Le chapitre V expose le comportement des usagers en situation d'incertitude. Plus précisément, nous clarifions la notion de l'incertitude dans ces services à travers les données de l'enquête. Nous montrons que la majorité des personnes âgées subissent cette incertitude dans le sens où ils ignorent les différences de qualité des prestataires présents localement. Par la suite, le choix des personnes âgées fera l'objet d'une typologie. Nous proposons une typologie de choix-types en fonction du profil des personnes âgées. Cette analyse empirique montre que la confiance et la réputation permettent à une partie des usagers d'effectuer un choix raisonné. Par ailleurs, en inscrivant leur relation dans une démarche dynamique, resurgit alors un autre type d'incertitude. En effet, en prenant en compte l'évolution des besoins, une grande partie des usagers expriment leur « incertitude sur la qualité adaptative » du prestataire. Ceci nous conduit à mesurer le poids de la qualité « dynamique » dans la satisfaction des usagers et dans la stabilité de leurs relations avec leur prestataire.

Le chapitre VI décrit les réseaux d'échanges dans l'aide à domicile et leur rôle dans le fonctionnement de ce marché particulier. Dans la section 1, nous définissons ces réseaux et leur contenu. Nous distinguons le réseau des relations privées (relations informelles entre les acteurs) et le réseau des relations structurées par des acteurs institutionnels. ***L'enquête montre que la concurrence dans le marché de l'aide à domicile se déplace des relations directes entre les usagers et les prestataires vers les relations construites dans ces réseaux d'échange. Le choix des usagers est orienté par les personnes tierces composant ces réseaux et non plus en fonction des informations fournies par les prix comme le stipule la théorie économique standard.*** Nous essayons également d'identifier dans la section 2 quelques réseaux d'offre sur la base de l'enquête auprès des prestataires. La multiplicité de ces réseaux d'offre renvoie à la multiplicité des qualités qu'ils véhiculent et à la multiplicité de leurs logiques de fonctionnement. Leur description nous permet de saisir les enjeux de l'interaction entre les offreurs et les intermédiaires dans le cadre de ces réseaux. Dans les sections 3 et 4, nous analysons le rôle du réseau d'échange dans la construction de la qualité et des réputations. Autrement dit, nous allons voir quels sont les repères construits dans ces réseaux et comment les usagers s'en servent pour fonder leur choix. À travers les discours des personnes âgées, nous décrivons le processus par lequel ces réseaux conduisent à une construction collective des réputations des prestataires. En ce sens, nous posons l'hypothèse d'une

évaluation collective des qualités permettant aux usagers de dépasser leur incertitude. A travers une analyse factorielle, nous définissons les liens entre cette incertitude, la nature du choix des usagers et le réseau d'échange. Cette analyse permet de montrer que la nature du choix est différente selon que l'utilisateur est inséré ou non dans un réseau d'échange, et selon l'identité de la tierce personne qui a orienté son choix.

La partie IV essaie de conceptualiser les différents résultats des trois précédentes parties. L'analyse consiste à représenter le fonctionnement du marché de l'aide à domicile en définissant la nature de la concurrence sur ce marché et en situant le rôle des conventions de qualité et du réseau d'échange dans la coordination des acteurs. Nous spécifions les principales notions utilisées tout au long de cette thèse notamment la distinction faite entre la qualité du service et la qualité de l'organisation, la notion de réputation comme modèle de concurrence et la notion de convention de qualité comme modèle de coordination dans ce marché.

Le chapitre VII est une représentation du marché de l'aide à domicile suivant les résultats des enquêtes que nous avons effectuées. Nous proposons un modèle qui explique le fonctionnement du marché de l'aide à domicile en mettant en lumière le rôle des interactions sociales dans ce marché. Ce modèle permet d'identifier les quatre niveaux d'interactions : le niveau des règles, le niveau de la concurrence, le niveau de la prestation et le niveau des conventions. Nous montrons comment le réseau d'échange fait la jonction entre le niveau de concurrence et celui des conventions.

Dans *le chapitre VIII*, nous précisons le contenu des principales conventions de qualification de la demande et de l'offre de services de l'aide à domicile : la convention de mesure des besoins, la convention de différenciation des qualités instituée par l'agrément, la convention de spécialisation interne fondée sur les compétences professionnelles des salariés et la convention de qualités idiosyncrasiques des salariés. Par la suite, nous proposons quatre modèles d'organisations que nous avons associés à des conventions de qualité. Ces modèles sont construits sur la base de certaines hypothèses. Ils sont par la suite confrontés à la réalité de l'aide à domicile. Cela nous permet de critiquer la notion de convention de qualité dans ces services. En fait, il s'agit de voir en quoi l'aide à domicile peut enrichir la notion des conventions de qualité.

3. Méthodologie

Pour répondre à la question posée dans cette thèse, c'est à dire comprendre les difficultés de coordination dans le marché des services de l'aide à domicile et les solutions mobilisées, il nous est apparu nécessaire de conduire une enquête auprès des prestataires et des usagers. Deux raisons motivent cette démarche :

1. L'analyse de l'offre et notamment de sa structuration ne peut être menée à partir des données statistiques publiques disponibles. Ces données sont insuffisantes pour répondre aux questions de

la thèse. En effet, l'hypothèse principale concernant la structure de l'offre est la multiplicité des registres de qualité que nous ne pouvons pas vérifier à travers les bases de données disponibles. Pour arriver à apprécier ces qualités, il est nécessaire de lier l'identité de l'organisation (sa spécialisation) et les indicateurs de qualité pertinents. Tout d'abord, ces indicateurs posent un problème de définition puisque la qualité est un ensemble de pratiques difficilement évaluables. L'approche quantitative de la définition de la qualité nous semble donc peu satisfaisante. Ensuite, aucune base de données ne permet de lier la qualité à l'identité des organisations. La base de données ALISSE de l'INSEE, qui permet de construire des catégories d'entreprises, n'est malheureusement pas mobilisable puisque les services sociaux sont exclus de son périmètre.

Au-delà de la disponibilité des données statistiques, la nomenclature d'activités française de l'INSEE pose quelques problèmes. Les entreprises et les établissements sont classés selon leur activité principale dans une branche d'activité donnée. Or, dans le marché des services d'aide à domicile interviennent des organisations dont l'activité principale n'est pas forcément l'aide à domicile. C'est le cas de nombreuses organisations appartenant au secteur très vague des services à la personne ou des organisations d'insertion par l'activité économique.

A notre connaissance, la seule enquête exhaustive qui peut rendre compte de la structure de l'offre est l'enquête « SAPAD-structures » menée par la DREES en 1998 auprès de 6500 structures de services d'aide à domicile. Les résultats de l'enquête présentés dans le numéro 91 de la revue Etudes et Résultats (2000) sont intéressants puisqu'ils montrent que, finalement, l'offre est très diverse. Les organisations se différencient par leurs spécialisations, les publics pris en charge, le statut juridique, leur taille et enfin, le mode prestataire ou mandataire de leur offre. Néanmoins, ces catégories ne suffisent pas pour rendre compte des différences de qualité entre les organisations. La typologie proposée (quatre types d'organisations) est certes intéressante mais demeure insuffisante si des facteurs de qualité tels que les compétences des salariés, les démarches et procédures de qualité ou la variété des services ne sont pas pris en compte.

2. En ce qui concerne le comportement des usagers et leurs caractéristiques les données sont très rares. L'enquête Incapacité-Handicap-Dépendance (IHD) de l'INSEE ne donne qu'une vue, certes détaillée, des caractéristiques des personnes âgées mais ne renseigne en rien sur leur comportement en tant qu'usagers de services. L'enquête de la DREES effectuée auprès d'un échantillon de 1200 personnes âgées (Enquête SAPAD-bénéficiaires) intègre des questions comportementales telles que la prise de décision de recourir à un professionnel, les modalités du choix et le circuit par lequel le choix est effectué. Ces questions sont primordiales pour cette thèse, mais d'autres questions aussi importantes telles que le point de vue des usagers à propos de la qualité, leur degré d'information sur la qualité, leur influence dans la construction de cette qualité, leur rôle dans les réseaux où elle se construit, etc. ne sont pas abordées dans cette

enquête, du moins dans la présentation des résultats (Dossiers solidarité et santé de la DREES, n°1, janvier 2003 et revue Etudes et Résultats n° 296, 2004).

L'insuffisance des données existantes sur les questions qui nous intéressent dans cette thèse nous a amené à effectuer deux enquêtes : une enquête auprès des prestataires de services d'aide à domicile (analyse de l'offre) et une enquête auprès des usagers de ces services (analyse de la demande). L'enquête sur l'offre avait concerné dix-huit organisations d'aide à domicile situées dans deux régions : le Nord-Pas de Calais et le Rhône-Alpes. Quatorze organisations sont des fournisseurs de services et quatre sont des intermédiaires. Ces études de cas ont été effectuées entre 2005 et 2006 dans le cadre d'une recherche européenne portant sur le thème des « Services relationnels innovants ». Cette recherche était conduite par l'ORSEU³ dans le cadre du 5^e programme-cadre de la Commission Européenne. L'enquête sur la demande a été effectuée auprès d'un échantillon de 520 personnes âgées clients de l'association ADAR de Roubaix. Cette enquête a été conduite par le moyen d'un questionnaire et une dizaine d'entretiens avec les personnes âgées. Elle a été effectuée pendant la période octobre 2006 à mars 2007.

Le choix du terrain d'enquête (région Nord Pas de Calais et Rhône-Alpes) est déterminé par la proximité que nous avons eue avec les différents acteurs de ces services rencontrés lors de précédentes recherches, notamment lors de la recherche menée dans le cadre du 5^e programme-cadre de la Commission Européenne.

3.1. Enquête auprès des prestataires

L'analyse de l'offre est conduite à deux niveaux : la fourniture de services par les organisations prestataires d'une part, la structuration et la coordination de l'offre locale par des acteurs-réseaux d'autre part.

3.1.1. La fourniture de services

L'échantillon est composé de neuf associations, trois entreprises commerciales et deux structures publiques (un Centre Communal de l'Action Sociale et une structure publique créée par la Communauté de Communes dans le département de Voiron en région Rhône-Alpes). Le principal objectif poursuivi dans cette enquête est de mettre en relief les différences de qualité entre les prestataires et leurs stratégies concurrentielles. Nous partons de l'hypothèse selon laquelle l'unicité du prix (tarification unique) empêche les fournisseurs de services de se différencier qualitativement. En l'absence d'autres dispositifs

³ L'ORSEU, Office européen de recherche, d'expertise et de formation en relations sociales, est un cabinet privé co-financier de cette thèse avec le Conseil Régional. Pour plus d'informations sur son activité, son équipe et ses études, voir son site internet : www.orseu.com/

alternatifs de signalement de la qualité, le principe du libre choix des usagers perd son sens dans la mesure où il est impossible d'identifier les « bons » et les « mauvais » prestataires. Notre analyse consiste à mettre en évidence deux forces qui s'opposent. L'une tire le marché vers un modèle de différenciation qualitative et l'autre vers un modèle de rapprochement qualitatif. La tarification unique et la nature de la demande sont les deux principaux éléments constituant la force de convergence des qualités. Par ailleurs, la concurrence par la réputation et les règles de qualité institutionnalisées dans le cadre des régulations sont les deux principaux éléments de la force de différenciation.

A travers la notion de la qualité globale de l'organisation prestataire (cf. le chapitre IV), nous essayons de montrer l'impact de la force de différenciation sur le marché. Nous supposons que les usagers opèrent leur choix en s'intéressant à la qualité globale de l'organisation et non pas à la qualité du service (de la prestation). Nous supposons donc que la qualité du service est liée aux qualités de l'employé que l'utilisateur ne peut pas observer *a priori*, d'où son choix au regard de la qualité de l'organisation. Etant donné que cette qualité n'est pas identifiable, puisque les signaux de qualité sont rares, elle est appréciée en interprétant la réputation du prestataire. C'est l'autre hypothèse principale de notre enquête. La réputation peut être définie comme une valeur agréant les différentes dimensions de la qualité : compétences des salariés, qualité de gestion et de coordination et, enfin, la dimension de variété des services. Les quatorze prestataires de l'échantillon de l'étude ont été classés selon le niveau de cette qualité totale. Cela nous a permis de montrer que le marché est en réalité structuré par des différenciations qualitatives.

L'autre objectif poursuivi par cette analyse est de montrer par quel moyen les prestataires signalent leur différence de qualité. Le font-ils par les outils traditionnels tels que la publicité ou les labels ? Le mécanisme de signalisation de la qualité est plus complexe que ne laissent croire certains travaux sur l'aide à domicile. Nous avons essayé d'approcher ce problème en nous intéressant aux canaux par lesquels l'information sur la qualité est véhiculée. Les entretiens que nous avons eus avec les responsables des différents prestataires nous permettent de décrire ce mécanisme complexe de signalement de la qualité dans le cadre du réseau d'échange au sens de Karpik (1989). Quelle est la nature de ces réseaux et quel est le rôle de l'utilisateur dans leur fonctionnement ? Nous avons cherché à mettre en perspective, à travers l'analyse de l'organisation interne du travail, la logique d'internalisation des attentes des usagers dans la définition de la qualité.

3.1.2. Les acteurs structurant l'offre de services d'aide à domicile

Ce volet de l'enquête a concerné deux plateformes de services, un réseau d'associations départementales et deux CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination Gériatriques). Notre analyse est essentiellement orientée sur la coordination des différents prestataires menée dans le cadre des plateformes ou des organisations structurantes (réseaux de prestataires). Outre les solutions apportées au

problème de la coordination sur un marché local, notre objectif est d'apprécier le rôle des réseaux d'offre dans la construction de pratiques et de règles dans le marché. L'analyse est centrée sur deux points:

- Le fonctionnement interne des organisations: les pratiques dominantes dans l'amélioration de la qualité, les modalités et les critères de recrutements des salariés et l'organisation interne des compétences. Notre objectif est de vérifier l'hypothèse d'une interaction stratégique de forme coopérative entre les prestataires parallèlement aux interactions de concurrence. L'enjeu sur la structuration de l'offre est l'émergence de pratiques communes ou partagées dans la construction de la qualité.
- La structuration de l'offre : l'ouverture du champ de l'aide à domicile au secteur privé ne conduit-elle pas à une segmentation de l'offre ? Autrement dit, n'y a-t-il pas une tendance à la répartition du marché selon la logique de spécialisations sur des services et des publics ? D'autre part, on peut constater une tendance vers l'intégration des services et des publics au sein d'une même organisation ou d'un groupe d'organisations partenaires. S'agit-il de modèles de régulation différents propres aux territoires ? L'analyse du rôle des réseaux peut nous éclairer sur la construction de modes de régulations localisés.

Cette enquête est menée à travers des entretiens avec les responsables de chaque organisation prestataire et de chaque acteur-réseau. Un questionnaire est adressé aux prestataires cherchant à identifier leurs activités et à mesurer les différentes dimensions de la qualité de leur service. Ce travail de qualification de l'offre de chaque organisation est également complété par l'exploitation des différentes documentations mises à notre disposition notamment les bilans d'activité, les documents relatifs à la stratégie de communication, les différentes conventions et accords avec les financeurs ainsi que la documentation comptable et les résultats des enquêtes internes de satisfaction.

Les résultats de cette enquête seront utilisés tout au long de cette thèse notamment dans les chapitres où sont abordées les questions de la régulation et la structuration de l'offre (chapitre I et II), la définition de la qualité des organisations (chapitre IV), la différenciation qualitative du marché (chapitre V) et enfin, la multiplicité des réseaux d'offre (chapitre VI).

3.2. Enquête auprès des personnes âgées

Ce volet est abordé par un questionnaire et dix entretiens avec les personnes âgées clientes de l'association ADAR de Roubaix. Le marché de cette association représente plus de 8000 personnes aidées. Elle emploie 497 salariés en prestataire en 2006 et gère environ 400 employés en mandataire. Cette association est structurée en une dizaine d'antennes de 50 salariés en moyenne implantées dans le nord-est de l'arrondissement de Lille. Cette partie du territoire compte deux grandes villes qui sont Roubaix et Tourcoing et sept petites villes limitrophes (Wattrelos, Leers, Halluin, Wasquehal, Croix,

Lannoy et Hem). Cet ensemble géographique représente plus de 400 000 habitants où l'offre locale en services d'aide à domicile est constituée d'une trentaine de prestataires agréés parmi lesquels on trouve des CCAS, des associations et des entreprises privées⁴.

Le questionnaire est élaboré en collaboration avec la responsable de communication de l'association ADAR. Son aide consistait en la formulation des questions de sorte qu'elles soient accessibles aux personnes âgées. Le questionnaire est par la suite testé auprès de 20 personnes âgées avant de le diffuser auprès de l'échantillon de 2000 personnes âgées sur les 8000 que compte l'association.

L'une des hypothèses de cette enquête consiste à supposer que les personnes âgées effectuent leur choix en s'imprégnant des expériences des autres et au regard de la réputation du prestataire. D'où notre souci de construire un échantillon dont la population interrogée soit géographiquement proche. A cet effet, nous avons concentré notre échantillon sur trois grandes villes (Roubaix, Leers et Wattrelos) qui représentent plus de deux tiers du marché de l'association.

Les entretiens avec les personnes âgées ont été effectués en novembre 2007 au moyen d'une grille de questions semi-directives. Les personnes interviewées sont des clients de l'association ADAR qui ont accepté de nous rencontrer. Ces entretiens se sont déroulés au domicile de ces personnes pendant une durée moyenne de 30 à 40 minutes. L'objectif principal de ces entretiens est : 1) de déconstruire les jugements qualitatifs produits ou partagés par les usagers ; 2) de reconstruire le circuit de la prise de décision et du choix des personnes âgées ; 3) de comprendre la fidélité des personnes âgées au prestataire. Par conséquent, nous avons ciblé les personnes âgées ayant une certaine ancienneté comme usagers de l'association.

Analyse des données

L'analyse du questionnaire a été effectuée avec le logiciel Modalisa. Dans un premier temps, nous avons procédé à une analyse statistique descriptive simple (tris plats et croisés) nous permettant une première identification des caractéristiques des personnes âgées. Notre première analyse consiste donc à combiner quelques variables pour vérifier les hypothèses de l'enquête.

Sur la base de ce premier traitement, nous avons retenu les principales variables permettant de procéder à une typologie des usagers. L'analyse factorielle de correspondances multiples (AFCM) nous permet de définir des profils-types suivant certaines caractéristiques. Trois AFCM ont été menées dans l'objectif de

⁴ Prestataires référencés par l'Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP). Dans ce comptage, nous n'avons retenu que les prestataires ayant dans leur activité une aide à domicile à la personne. Les entreprises d'entretien et de jardinage sont exclues. Pour information, voir le site de l'agence : <http://www.servicesalapersonne.gouv.fr/>

mettre en évidence les liens les plus importants entre les caractéristiques sociologiques et les comportements des personnes âgées, leurs actions et leurs jugements sur la qualité.

Les résultats de cette enquête seront mobilisés essentiellement dans la partie III quand nous aborderons les problèmes de l'information et de l'incertitude sur la qualité (chapitre V) et les interactions au sein du réseau d'échange (chapitre VI).

3.3. Limites de l'analyse par enquête

L'une des limites de l'enquête auprès des prestataires est la représentativité de l'échantillon. Cet échantillon composé de 14 structures est en effet insuffisant pour représenter les principales propriétés du marché. Par ailleurs, notons que notre objectif est de définir les supports de la qualité des différentes organisations et non pas d'en construire une représentation fidèle de la structure du marché. En d'autres termes, il s'agit de montrer si la démarche de qualité est différente d'une organisation à une autre ou au contraire, les règles de qualité sont uniformes à l'ensemble des organisations.

La deuxième limite de cette enquête auprès des prestataires est le caractère parfois approximatif des données chiffrées mises à notre disposition. Certaines organisations sont incapables de nous fournir les chiffres sur l'emploi et notamment l'emploi par niveau de qualification, le nombre d'heures des différentes activités, le nombre d'heures de travail qualifié par nature d'activité, la structure de la clientèle par niveau de dépendance ou encore le nombre d'heures de travail qualifié et du travail peu qualifié par nature de personnes aidées. Or, ces données sont indispensables pour évaluer la qualité des services et in fine pour différencier les organisations par leur qualité. Par conséquent, les modèles de qualités des organisations que nous avons présentés sont des variantes sans doute incomplètes malgré le fait qu'elles soient proches de la réalité comme le confirment d'autres études sur l'offre.

En ce qui concerne l'enquête auprès des usagers, les limites sont principalement inhérentes à la capacité des personnes âgées à répondre au questionnaire. Cette difficulté apparaît notamment dans le taux de retour des questionnaires particulièrement faible puisque sur 2000 formulaires envoyés seulement 520 ont été retournés, soit un taux de 26%. L'autre limite est liée au biais que peuvent contenir les réponses. Un grand nombre de questions concerne l'avis de la personne âgée sur la qualité de l'employé, la qualité de l'organisation et l'avenir de sa relation avec l'organisation. Or, il se trouve qu'une partie des personnes âgées ont répondu aux questions en présence de la salariée ou c'est celle-ci qui a elle-même rempli le questionnaire pour le compte de la personne âgée. Dans les deux cas, les réponses peuvent ne pas refléter l'opinion réelle de la personne âgée pour des raisons de prudence ou de réserve. La troisième limite est liée au fait que le questionnaire est adressé aux clients d'une seule organisation. Notre objectif de départ était de mener cette enquête auprès des clients de deux structures avec qui nous avons défini le protocole de l'enquête et l'exploitation conjointe des résultats. Le faible taux de retour des questionnaires adressés

aux clients de la deuxième structure (28 sur 250) ne garantissait pas la fiabilité des résultats. Ce qui nous a amené à ne retenir que les questionnaires adressés aux clients de l'association ADAR. Enfin, la dernière limite de cette enquête se situe au niveau de certaines questions qui peuvent être mal comprises ou interprétées différemment. C'est le cas de la question sur le niveau de dépendance (dépendance lourde, modérée, faible, autonomie) que la personne âgée aurait tendance à surestimer ou à sous-estimer puisque les niveaux indiqués ne reposent pas sur une définition précise. A la place des niveaux de dépendance il aurait fallu demander le GIR de la personne. Or, ce classement est très peu connu par les personnes âgées comme nous l'avons vérifié par les questionnaires tests.

Sur un autre registre, l'enquête n'a pas été étendue aux intermédiaires directs entre l'usager et les prestataires, particulièrement aux médecins, hôpitaux, caisses de retraites, les équipes médicosociales du Département et les services sociaux des mairies. Ces intermédiaires jouent un rôle primordial dans l'orientation de la demande et dans la diffusion de la réputation des prestataires comme l'a montré l'enquête auprès des personnes âgées. Certes leurs pratiques sont abordées dans cette thèse en s'inspirant des analyses menées par d'autres chercheurs. Nous avons aussi rencontré quelques intermédiaires dans le cadre privé sans que la démarche soit réellement scientifique. Il s'agit des rencontres informelles sans aucun protocole et où l'entretien ressemble beaucoup plus à une discussion, les réponses sont sous forme anecdotique et parfois évasive ou sans contenu. Il aurait été souhaitable de consacrer une place beaucoup plus importante aux pratiques de ces intermédiaires notamment en ce qui concerne l'orientation du choix des personnes âgées (pourquoi un tel prestataire et non pas un autre ?), la sélection des prestataires référencés (sur quels critères ?), la nature des relations avec ces prestataires partenaires (informelles, institutionnalisées, contractuelles, etc.), etc.

3.4. Positionnement théorique de la thèse

La problématique de cette thèse se décompose en trois pôles : le problème liée à la qualité des services, l'incertitude sur cette qualité et le comportement des acteurs dans ce contexte d'incertitude qualitative. L'analyse de ces problèmes dans le champ de services d'aide à domicile ne peut pas occulter la place des règles et des conventions. Il s'agit donc d'une analyse combinant le niveau microéconomique et le niveau des règles et des conventions de qualité. En présence de l'incertitude sur la qualité, qui est une des principales hypothèses de cette thèse, nous considérons que la rationalité individuelle est limitée et que le contrat marchand est incomplet dans ces services. Suivant ces hypothèses, le cadre d'analyse que fournit la théorie standard nous semble peu pertinent pour examiner les questions de la thèse. La prédominance de la régulation publique dans ce champ et l'ancrage de l'action individuelle dans un environnement structuré par des règles, des conventions et des représentations collectives justifie à notre avis la mobilisation d'autres outils d'analyse que fournissent les théories alternatives à la théorie standard. Plus précisément, nous avons conduit notre analyse en s'inspirant largement de l'économie des conventions

pour une raison qui nous paraissait importante : la notion de convention de qualité et la notion de marché d'organisations fournissent un cadre d'analyse qui nous semble approprié pour aborder les questions de la thèse.

En s'intéressant au problème de l'information sur la qualité, nous nous sommes appropriés le modèle d'Orléan (1991) afin de mettre en évidence le rôle des conventions de qualité. Ce choix méthodologique peut être justifié par le fait que le modèle apporte un éclairage sur les limites de la vision walrassienne du marché caractérisé par l'incertitude et met en lumière la pertinence de la notion des conventions de qualité. L'introduction d'un repère qualitatif externe (une convention de qualité) dans un marché caractérisé par une incertitude sur la qualité peut permettre des échanges mutuellement bénéfiques. C'est ce que démontre le modèle d'Orléan. Mais l'idée principale de ce modèle est l'origine de cette convention de qualité et surtout le choix d'une convention parmi tant d'autres. Il démontre que la convention dominante est l'aboutissement d'intenses tensions entre le groupe des demandeurs et le groupe des offreurs d'une part et entre les différents groupes d'offeurs d'autre part. Le choix de la convention est l'issue d'un jeu évolutionniste à plusieurs équilibres. En ce sens, la convention de qualité dans ce modèle est de type évolutionniste à la manière dont Sugden (1986) ou Young (1996) la définissent. Son origine se situe dans les anticipations stratégiques des individus qui peuvent être formalisées en un jeu évolutionniste. Comme l'écrit Sugden, « je définis une convention : comme n'importe équilibre stable d'un jeu qui admet deux, ou plus, équilibres stables » (id. p, 32, cité par Orléan, 2004). Ce type de définition est une approche stratégique selon Batifoulier (2001), par opposition à l'approche interprétative où les individus se conduisent, dans une situation donnée, en fonction de la norme, de la croyance, de la coutume, des représentations collectives, etc. que l'ensemble des individus partagent⁵.

L'analyse des conventions de qualité à partir du modèle d'Orléan nous conduit à nous situer plutôt dans une approche interprétative de la convention que dans l'approche stratégique. En restant dans le cadre de ce modèle, nous considérons que le choix d'un équilibre (ou d'une convention) parmi une pluralité d'équilibre dépend surtout des interactions sociales à l'intérieur du groupe des demandeurs. Nous n'allons pas développer ici en détails cette idée, mais nous voulons permettre au lecteur de comprendre le positionnement de cette thèse par rapport à l'origine de la convention de qualité. Il s'agit principalement de la convention de qualité relationnelle que nous allons définir dans la partie III. Cette qualité relationnelle est évaluée par les usagers à leur domicile et au niveau de leurs interactions privées. Il s'agit donc de jugements où les représentations collectives occupent une place importante. Ces jugements remontent au niveau professionnel (organisations) sous forme d'attentes et se traduisent par des ajustements qualitatifs du service. Leur prise en compte comme une règle dans la construction de la

⁵ Nous retrouvons cette définition de la convention de qualité chez Orléan sous le nom de « convention légitimée » (1997 et 2004).

qualité par les organisations et par la suite comme critère de sélection des salariés les promeuvent au statut de norme conventionnelle. Cette qualité qui est construite dans les milieux de la demande sous forme de jugements devient une convention de qualité partagée par les demandeurs et les offreurs.

Cet élément d'analyse est mis en retrait dans le modèle d'Akerlof et dans celui d'Orléan. Pour nous, cette hypothèse d'évaluations partagées est fondamentale. Étant donné l'insuffisante constitution du service notamment dans sa dimension qualitative, les usagers ont recours le plus souvent aux expériences des autres afin d'estimer les qualités. L'échange d'expériences entre les usagers ne conduit pas seulement à réduire le poids de l'incertitude qualitative mais agit également sur la recomposition de la qualité moyenne. En ce sens, les relations sociales ont une double efficacité : elles complètent la rationalité limitée des individus en offrant des repères collectifs d'une part. Elles rendent la coordination sur ce marché possible par l'émergence de conventions de qualité d'autre part. Notre approche consiste donc à encadrer l'action des individus dans un ensemble de relations sociales. Le dispositif des prix en fait partie, à côté d'autres dispositifs comme les conventions et les règles.

3.5. Les hypothèses de l'enquête

L'objectif principal de l'enquête auprès des usagers est de définir le rôle des interactions interpersonnelles dans la construction de la qualité du service. En ce qui concerne l'enquête auprès des prestataires, l'objectif est de définir la qualité à partir de leurs pratiques professionnelles. Les principales hypothèses de ces enquêtes sont présentées dans les six points suivants.

1. *Les relations sociales entre les groupes d'individus se superposent aux interactions marchandes entre les demandeurs et les offreurs.* Ces relations sociales sont susceptibles de transporter des jugements (évaluations subjectives) sur la qualité. Ce sont de relations croisées et dynamiques dans la mesure où elles s'inscrivent dans le temps et que de nouveaux individus peuvent intégrer le groupe en apportant avec eux de nouvelles évaluations. A travers cette dynamique, le contenu de la qualité se trouve modifié en permanence.
2. *Le comportement stratégique des prestataires:* compte tenu de l'enjeu des relations dynamiques entre les usagers, les prestataires tentent d'intégrer leurs attentes dans la construction du service. L'objectif poursuivi est la fidélisation des clients. Comment ces attentes sont-elles intégrées et quelles sont les conséquences d'une telle démarche sur la qualité de l'organisation ? Ce champ sera analysé en s'intéressant aux modalités de la construction de la relation de service, à l'organisation interne des compétences et aux critères de recrutement.
3. *Les usagers ne constituent pas un groupe homogène.* Les caractéristiques individuelles et les situations socio-sanitaires de chaque individu sont très diverses. Les besoins et les jugements portés sur la qualité sont donc différents. L'intersubjectivité à l'intérieur des groupes d'usagers est source de conflits à

propos de la définition de la qualité moyenne. Supposons que les clients du prestataire X appartiennent à deux groupes A et B. Si le Groupe A estime que la qualité (u) du prestataire X est $= 1$ et le groupe B estime que $u < 1$, alors la qualité moyenne de X vis-à-vis de l'ensemble des clients est une fonction du nombre d'individus de A et de B. Nous allons voir comment cette qualité est estimée en définissant les groupes à travers leurs caractéristiques (une typologie d'individus réalisée par une analyse factorielle).

4. *L'information sur la qualité et la notion des réseaux d'échanges* : compte tenu du manque d'information sur les qualités, comment les usagers choisissent-ils leurs prestataires ? Nous supposons que la demande se répartit dans le cadre des réseaux d'échange au sens de Lucien Karpik (1989 et 1996). Les réseaux d'échange sont des espaces où la réputation se construit et se diffuse. Cela nous emmène à retenir l'hypothèse de concurrence par les réputations sur le marché des services d'aide à domicile. Comment se construisent ces réputations et par quels moyens sont-elles transportées ?
5. *L'approche dynamique de la qualité* : il existe un lien entre la qualité et l'évolution de la dépendance de la personne âgée. Le niveau de qualité est susceptible d'évoluer avec le niveau de dépendance. La réputation du prestataire dépend donc de sa capacité à faire évoluer la qualité. Il convient donc d'incorporer au contenu de la qualité la dimension adaptative. Quel est le poids de cette dimension dans le choix des personnes âgées ? Cette question sera traitée en croisant les jugements des usagers sur la qualité et leurs profils socio-sanitaires.
6. *La différenciation réelle des qualités et le caractère invisible de ces différenciations*. Si la différence de qualité entre le marché de gré à gré et le marché d'organisations est à peu près claire, les différences de qualité dans le marché des organisations est généralement très peu visible. Cela est dû à l'absence de dispositifs publics d'information sur la qualité. Dans ce cas, le choix éclairé des usagers est-il possible ? Pour effectuer leur choix, ceux-ci évaluent subjectivement les prestataires et procèdent à qualifier leurs services dans le cadre des réseaux d'échange. Les prestataires, de leur côté, promeuvent leur réputation dans ces réseaux à travers l'action des intermédiaires.

PARTIE I

LE DÉVELOPPEMENT DU MARCHÉ DES SERVICES DE L'AIDE À DOMICILE : COORDINATION, ENJEUX ET RÉGULATION

INTRODUCTION

La prise en charge de la dépendance met en relation un ensemble d'acteurs dont la logique et les motivations sont différentes. Outre les deux acteurs directement concernés, la personne âgée ou sa famille et les prestataires, d'autres acteurs participent à cette relation. Il s'agit notamment des financeurs institutionnels (Conseil Général, caisses de retraite, l'Etat), des institutions de régulation (le préfet, le Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale, les municipalités), des intermédiaires (Centres Locaux de Coordination Gériatrique, les Plans locaux pour l'Insertion et l'Emploi, les plateformes de services publiques et privées), des acteurs associatifs, des fédérations, etc. La relation de service d'aide à domicile est donc une relation étendue à plusieurs dimensions (Butté-Gérardin, 1999). Etant donné la composition hétéroclite de cette relation, le risque de tensions est probable. La rencontre entre des intérêts divers et des logiques de fonctionnement différentes, parfois contradictoires, peut générer ces tensions et déstabiliser ainsi la relation de service. Pourtant, nous constatons une certaine stabilité de cette relation même si elle est traversée par des dynamiques modifiant son contexte. Quelles sont ces dynamiques et quelles sont leurs conséquences sur le fonctionnement de ces services ? Pour répondre à cette question, il est utile de rappeler les grandes étapes de l'évolution du secteur de l'aide à domicile. Comment ce secteur est-il passé de la logique de l'entre-aide et du bénévolat à une logique de plus en plus commerciale et entrepreneuriale ? Cette grande évolution n'est pas sans conséquence sur le comportement des acteurs, notamment celui des prestataires. L'introduction de la concurrence depuis la fin des années quatre-vingt a fait émerger de nouveaux acteurs et de nouvelles pratiques dans le management et dans la gestion de la relation de service. Des notions comme celles de marché, de concurrence, de rentabilité mais aussi celles de partenariat, d'innovation et de professionnalisation sont intégrées dans les pratiques des acteurs. Il s'agit d'une évolution sémantique qui renseigne sur une évolution profonde des pratiques. L'évolution des comportements et des stratégies n'est pas *ex nihilo* ; elle est à lier à l'évolution du cadre social et institutionnel de l'aide à domicile. L'objet de cette partie est justement de définir le contexte général de l'évolution du marché de l'aide à domicile.

Dans le chapitre I, nous montrons comment ces services se structurent en un marché. Nous évoquons les principaux problèmes liés au fonctionnement de ce marché étant donné la particularité des services d'aide à domicile. Partant de l'idée que ce marché est en phase de construction, nous voulons centrer l'analyse sur les défauts de coordination. Tant que les difficultés liées à la constitution du service, à l'évaluation de la demande et à l'information sur la qualité ne sont pas totalement résolues, ce marché peinera à trouver les ressources suffisantes pour un fonctionnement autonome. D'où la place majeure des règles en particulier et des conventions ou des institutions en général pour régir la concurrence. Le premier point de ce chapitre essaie de résumer les principales difficultés qui freinent « l'échange » dans ce marché. Certes ces difficultés existent mais les données socioéconomiques de ce secteur montrent que le marché est en développement rapide. Le point 2 résume les ressorts de ce développement. L'analyse est portée sur les facteurs sociaux-sanitaires et économiques de la demande.

Les services de l'aide à domicile sont intégrés dans un champ économique très large et difficilement repérable par la statistique publique. Communément ce champ est désigné par le terme de « services à la personne », « services sociaux-sanitaires » ou « services relationnels ». Le point 3 de ce chapitre propose d'analyser le fonctionnement du marché en centrant l'analyse sur la structure de l'offre et en décrivant ses différentes formes institutionnelles et les particularités de chacune. Sur la base des données de notre enquête auprès des offreurs (14 prestataires), nous montrons dans le point 4 que la qualité peut être différente d'une organisation à une autre. Cependant, ces différences ne sont pas observables sans une connaissance fine de l'offre locale. Enfin, dans le point 5, nous tenterons d'expliquer la dynamique de l'offre et de projeter quelques scénarios : se dirige-t-on vers une segmentation du marché, une différenciation ou une diversification ?

Le chapitre II analyse l'influence de la régulation sur l'offre. L'objectif est de montrer quelles sont les différentes formes de régulation de ce marché. Les règles institutionnelles sont mises en œuvre et conduites par deux niveaux de pouvoir politique : l'État et les collectivités locales. Dans un premier temps, nous nous intéressons aux règles instituées par l'État, ou ce que nous avons qualifié de *régulation transversale*. Nous montrons comment ces règles modifient la configuration de l'offre. Nous nous interrogeons également dans ce premier point sur l'efficacité de l'agrément qualité à structurer l'offre. Dans le deuxième point de ce chapitre, nous décrivons quelques exemples de régulations locales que nous avons relevés lors de nos investigations. Ces exemples nous permettent d'identifier quelques idéaux-types de la régulation dans les services de l'aide à domicile. Dans le dernier point, nous nous intéressons au rôle des réseaux d'offeurs locaux dans l'organisation du marché.

CHAPITRE I

LE DÉVELOPPEMENT DU MARCHÉ : DIFFICULTÉS DE COORDINATION ET CADRE MACRO-SOCIAL

INTRODUCTION

L'aide à domicile est un secteur d'activité économique qui a évolué d'un modèle de « don domestique » vers un modèle d'emploi à domicile (Dussuet, 2005). Cette mutation n'est pas complètement achevée. En effet, une partie des compétences professionnelles des femmes travaillant dans ce secteur ne sont pas reconnues en tant que telles (Gadrey N et *alii*, 2004). La reconnaissance de ces compétences signifie que le service d'aide à domicile soit reconnu à sa juste valeur. Or c'est la mesure de la valeur réelle dans ces services, et par conséquent de leur prix et du salaire, qui pose problème. Les travaux de Jean Gadrey sur la valeur ajoutée dans le secteur tertiaire montrent que les indicateurs de mesure ne sont pas appropriés. En ce qui concerne les services d'aide à domicile aux personnes âgées, leur valeur marchande ne correspond pas à leur valeur réelle (ou à leur valeur d'usage). La formation des prix des services est donc la première difficulté à laquelle se heurte la mutation de l'aide à domicile vers un modèle d'échange marchand.

Jusqu'à présent, la solution au problème des prix a été apportée par la régulation. Les prix sont fixes et uniques sur le territoire départemental. La concurrence devrait se faire alors hors prix, c'est-à-dire par la qualité. Or, cette qualité est multidimensionnelle (Gadrey. N, op.cit.) et sa mesure par un étalon qui permet aux usagers d'en apprécier le contenu est difficile. Rendre compte des différences de qualité est donc l'un des problèmes majeurs du développement de ces services. Il est accentué par la non-disponibilité d'information publique sur la qualité (au sens de Karpik, 1989) et l'insuffisante constitution des services (au sens d'Orléan, 1991 et de Thévenot, 1989). La qualification des services et la coordination sur le marché sont d'autres difficultés à résoudre.

L'objet de ce chapitre est de clarifier les enjeux de l'évolution du secteur de l'aide à domicile vers un modèle marchand. Nous exposerons dans un premier temps une brève présentation historique de l'évolution du secteur de l'aide à domicile. L'objectif est de montrer le rôle des institutions et des règles dans ce secteur. Dans un deuxième temps, nous analyserons les facteurs de la demande en essayant d'identifier les principaux enjeux sur l'offre en général et la qualité en particulier. La structure de l'offre fera l'objet d'une présentation détaillée dans le troisième point. Nous montrerons les différentes

évolutions de l'offre en les illustrant par quelques stratégies-types des entreprises de services. Enfin, dans le dernier point, nous nous intéresserons à l'effet des différentes régulations dans la configuration du marché.

1. LA CONSTRUCTION DU MARCHÉ DE L'AIDE À DOMICILE ET SES ENJEUX

L'une des questions les plus débattues entre l'économie et la sociologie consiste à savoir dans quelle mesure un champ d'activité économique devient un secteur marchand. Ce qui nous intéresse dans cette thèse n'est pas d'apporter une réponse à cette question, mais seulement de comprendre, à travers les différentes grilles de lecture, comment le marché de l'aide à domicile est apparu et se structure en tant que tel. La théorie économique ne répond pas à cette question. Elle se borne à argumenter l'efficacité du marché dans l'allocation des ressources (Bréchet et alii. 2004, p. 3). Pour les pères fondateurs de l'économie mais aussi pour le courant contractualiste, l'apparition du marché est expliquée par cet argument. La sociologie économique, de son côté, cherche à mettre en évidence le fait que le marché est un construit social, contingent à une époque et à une culture⁶ (ibid.). Comme le souligne Granovetter, les actions économiques sont « encastées » dans des systèmes stables de relations sociales (Granovetter, 2004, p 125). Dans le même sens, le courant institutionnaliste démontre, d'une manière générale, le rôle que jouent les facteurs historiques, politiques et sociologiques dans la construction du marché. La théorie des droits de propriété souligne l'importance des dispositifs juridiques protégeant les droits de propriété. L'Economie des conventions en s'intéressant à la coordination de l'échange, montre comment le marché nécessite l'existence d'un cadre commun (Moureau et Sagot-Duvaurox, 2006, p.45). « *L'accord entre les individus, même lorsqu'il se limite au contrat d'un échange marchand, n'est pas possible sans un cadre commun, sans une convention constitutive* » (introduction collective, *Revue économique*, 1989, p.142).

Comment le marché de l'aide à domicile s'est-il construit en France ? Il est d'abord utile de clarifier les concepts. La notion de marché est ambiguë en ce qui concerne l'aide à domicile. En effet, la relation de service n'est pas totalement marchande dans la mesure où les services sont en grande majorité fournis par le secteur non marchand. Comme le souligne Bréchet, « *il apparaît que l'idée selon laquelle l'univers des services à domicile aux personnes âgées s'ouvre au marché est pour le moins ambiguë, voir ne revêt aucun sens* » (ibid. p 5). La domination du secteur non marchand suffit-elle pour dire que le service n'est pas marchand ? Haddad (2003) en analysant les différentes formes de l'offre affirme « *qu'il n'y a pas de marché pur de ces services mais plusieurs formes d'échanges où les logiques marchandes sont présentes à divers degrés* » (p. 119). Pour notre part, nous considérons que ces services se structurent sous forme d'un *marché atypique* où les relations de concurrence sont fondamentalement structurées par des acteurs (institutions) et des dispositifs conventionnels (règles).

⁶ Pour plus de détails sur ce sujet, voir les travaux de M. Granovetter, W. Powell, H. White, P. Di Maggio et N. Fliegstein.

La question centrale que pose l'analyse de la construction sociale du marché de ces services consiste à comprendre le rôle des conventions et des institutions dans cette structuration. Notre intérêt sera porté surtout sur les processus qui ont conduit à l'évolution progressive de la relation « philanthropique » de l'aide vers une relation « marchande contractualisée ». Deux aspects du problème sont donc à analyser : le cadre institutionnel dans lequel évolue l'offre de ces services et le contrat d'échange entre le prestataire et l'utilisateur.

1.1. L'apparition et l'évolution des institutions d'aide à domicile

Les services d'aide à domicile sont apparus d'abord comme une aide, en termes de temps et de travail, apportée par des personnes pour d'autres personnes. Cette tendance à aider les autres naît d'un sentiment de solidarité au sein d'un groupe d'individus. Ce sentiment peut être considéré comme une « valeur » partagée par les membres du groupe. En ce sens, l'appartenance à un collectif d'individus suppose l'adhésion à ses valeurs et aux règles l'instituant. Granovetter (1994) souligne le fait que les actions individuelles, marquées par ces valeurs, aboutissent à la création des institutions économiques (p.14). Cette vision de l'action des individus encadrée dans un système de valeurs a l'intérêt, du point de vue historique, de comprendre comment sont apparues les institutions économiques de l'aide à domicile dont le marché.

1.1.1. L'apparition d'acteurs : les premières institutions dans l'aide à domicile

L'accroissement des besoins en matière de solidarité envers les personnes vulnérables s'est poursuivi par la multiplication des relations d'aide, aboutissant d'abord à l'expansion du réseau d'aide à domicile et ensuite à sa structuration par le secteur associatif. Ce dernier apparaît donc comme la première forme institutionnelle d'offre de services d'aide à domicile. Il joue un rôle important en créant une nouvelle profession détachée du modèle de domesticité. Il est utile de préciser ici que l'offre associative est fondée essentiellement sur le bénévolat au début du 20^e siècle⁷. L'une de ses principales caractéristiques est la relation de confiance qu'il a su établir entre la personne aidée et l'aidant. Comme le souligne Dussuet, en parlant de l'aide apportée à domicile par les sœurs religieuses, l'aide bénévole ne consiste pas seulement à « répondre à un besoin matériel immédiat mais il s'agit aussi, et de façon inextricable, d'établir une relation de « confiance » qui doit permettre une action éducative et moralisatrice sur le groupe familial »

⁷ Déjà en 1865, le mouvement catholique, à l'image de la Congrégation des petites Sœurs de l'Assomption, a « inventé » l'aide bénévole et militante aux familles catholiques (Dussuet, 2005, p.35).

(Dussuet, 2005, p. 35). La confiance garantit la solidité de la relation de l'aide et surtout le renforcement de l'identité et l'attachement au groupe.

Au sein de ces groupes apparaissent des projets sociaux dont l'objectif est de construire des processus de réponses aux besoins de maintien des personnes âgées à faible revenu (Bréchet, 2005). Le développement des formes associatives dans l'aide à domicile conduit, à partir des années cinquante, à l'émergence d'autres groupes partageant des valeurs différentes. Ces groupes se donnent une forme institutionnelle à l'image des fédérations⁸. Les fédérations des associations d'aide à domicile font leur apparition dès les années quarante et cinquante. Chacune appartient à un mouvement militant ou à un groupe sociopolitique. Les plus emblématiques sont les fédérations créées par le mouvement populaire ouvrier, en milieu urbain et rural, et les fédérations créées par le mouvement catholique. C'est la deuxième forme institutionnelle apparaissant dans l'aide à domicile. Ces institutions vont jouer un rôle important dans la structuration de l'univers de l'aide à domicile.

L'accroissement constant des besoins des personnes âgées et l'émergence d'acteurs reconnus tels que les fédérations conduisent les pouvoirs publics à s'impliquer plus activement. À partir des années cinquante, une véritable politique de vieillesse est apparue et à travers elle, des institutions chargées de la conduire. Progressivement, apparaît une régulation publique de ces services menée par les services déconcentrés de l'État, les collectivités locales et les organismes sociaux (CNAV et mutuelles). Les projets des acteurs associatifs sont alors encadrés et régulés par des dispositifs publics. Le potentiel important de l'aide à domicile en termes de création d'emplois semble pour certains une raison suffisante pour que la régulation conduise les acteurs vers le marché. C'est toute la rhétorique du « gisement » d'emplois, comme on le verra plus loin. Les dispositifs de développement des emplois indirects et l'ouverture de l'aide à domicile au secteur marchand dans les années quatre-vingt dix sont d'ailleurs des mesures faisant évoluer le secteur vers un modèle marchand.

1.1.2. L'apparition du salariat : de l'aide bénévole à une prestation de service

Pendant la période qui a suivi la Libération, la logique d'intervention associative sur les besoins des familles n'est plus fondée sur les valeurs chrétiennes ou paternalistes. L'aide est conçue comme une réponse à « *la nécessité de suppléer à l'indisponibilité, en principe temporaire, de la mère, de la famille* » (Dussuet, p.36). Cette nécessité peut être inscrite dans le registre purement domestique ou le registre public au sens de Boltanski et Thévenot (1991). La justification du besoin dans le registre domestique

⁸ Pour comprendre l'origine des institutions économiques en général et surtout comment les groupes et les relations qui les animent se constituent en institutions économiques, cf. les travaux de Granovetter, 1985, 1991, 2000 et 2004.

peut être formulée suite à une situation sanitaire ou sociale. Une mère peut nécessiter une aide à domicile suite à une période de maternité par exemple. La même logique prévaut dans le cas d'une personne âgée qui est amenée à demander de l'aide à domicile pour pallier sa perte d'autonomie. D'autre part, ce besoin peut émerger suite à la participation dans la vie publique ou professionnelle. Rappelons que le contexte des années d'après-guerre fut marqué par l'expansion de la classe ouvrière et la montée des revendications sociales. Dès lors qu'on encourage la participation de la classe ouvrière, notamment des femmes, à la vie politique et culturelle, il était nécessaire de créer un temps libre pour ces dernières. C'est une forme de reconnaissance publique de la nécessité de substituer la présence de la « mère ouvrière » à son domicile par une aide apportée par une autre femme « ouvrière » (Dussuet, op.cit.). La reconnaissance de cette nécessité, à partir du registre domestique ou public, a fondamentalement changé la logique de l'aide. Cette dernière est désormais fondée sur la notion de la demande et non plus sur des valeurs morales. Comme le note Annie Dussuet, « *les moyens de l'aide changent, puisque ce ne sont plus des bourgeoises nanties de moyens alternatifs d'existence ou des religieuses qui vont travailler dans les familles, mais ce sont des femmes issues du milieu ouvrier lui-même* » (op.cit., p.36).

La reconnaissance des besoins en matière d'aide à domicile par les familles est de fait une reconnaissance de l'utilité du travail des aidants et des associations. Par conséquent, la question de la rémunération du travail des intervenantes à domicile se pose pleinement. Les femmes s'engagent dans l'aide à domicile pour y travailler en contrepartie d'un revenu. Il faut attendre la fin des années quarante pour qu'un statut (*travailleur familial*) soit accordé aux intervenantes. Une formation professionnelle, sanctionnée par un diplôme reconnu fut créée pendant la même période⁹. Quelques années plus tard, le salariat prend progressivement la place du bénévolat et devient alors la forme professionnelle dominante dans l'aide à domicile. Son expansion conduit les fédérations à établir des conventions collectives régissant les rapports professionnels entre les associations et leurs salariés.

1.2. Le marché et le problème de coordination

Le développement des formes salariales dans l'aide à domicile jette les premiers jalons de la constitution d'un marché de services et d'un marché de travail. Le résultat du travail de l'intervenant est considéré comme un service répondant à une demande librement formulée par les individus ou résultant d'une politique de solidarité envers les personnes dépendantes. Dans les deux cas, peut-on parler de marché ? Autrement dit, la possibilité de l'échange est-elle systématique dès lors qu'on a une demande et en face une offre constituée ? La réponse n'est pas facile. L'analyse de l'émergence du marché pose le problème

⁹ Diplôme de Technicien d'intervention sociale et familiale, créé en 1947.

central de la coordination de l'échange. Trois difficultés sont à souligner : la qualification de l'objet échangé, ici le service d'aide à domicile, le problème de l'information sur la qualité et enfin, le problème de la formation des prix du service.

1.2.1. Le problème de la qualification du service

Le service de l'aide à domicile est un ensemble de tâches très diverses qu'une personne exerce au domicile d'une autre personne. La diversité des demandeurs et de leurs besoins est synonyme d'une multiplicité de démarches de production du service. Les besoins exprimés par une personne dépendante peuvent être totalement différents de ceux d'une personne valide. Les services demandés sont donc différents en fonction du type de public pris en charge. Ces différences existent au sein même de chaque type de public. La réalité sociologique, psychologique, démographique et sanitaire est différente d'une personne à une autre. En outre, l'évolution des besoins exprimés, et donc de l'exigence à faire évoluer la qualité et le contenu de la prestation du service, sont des éléments importants à prendre en compte. Tant de variables qui rendent difficile tout travail de définition du contenu du service.

Pour dépasser cette limite, certaines organisations proposent « un contrat de prestation ». Mais celui-ci se focalise uniquement sur les engagements généraux du prestataire et les droits de l'utilisateur. Si on prend en compte toute la complexité de la relation de l'aide à domicile en introduisant les variables comme le temps, l'évolution des besoins de l'utilisateur et l'exigence d'adaptabilité du service à cette évolution, aucun contrat d'échange ne peut définir avec exactitude le contenu de la prestation. La singularité des situations traitées et l'incertitude qui entache la relation de service conduisent nécessairement à un contrat d'échange incomplet. À partir de cette hypothèse, on peut donc dire que l'échange purement marchand est difficile à concevoir dans ces services. En effet, en se référant au cadre théorique néoclassique, la possibilité de l'échange marchand repose sur la *connaissance commune* des caractéristiques des marchandises échangées. Les agents n'ont qu'à sélectionner les marchandises disponibles, ou présumées l'être dans le futur, en fonction de leurs préférences et de leur contrainte budgétaire. Ce cadre théorique de l'action individuelle évacue complètement la façon dont cette connaissance commune sur les marchandises est construite. L'accord sur la définition des marchandises est présumé acquis. Il ignore de fait le travail de qualification sociale des marchandises, antérieur à tout échange. Comme le soulignent Benetti et Cartelier, « *l'hypothèse de nomenclature revient à supposer possible la description d'un ensemble de choses, qualifiées de biens ou de marchandises, antérieurement à toute proposition relative à la société* » (Benetti et Cartelier, 1980, p.94, cités par Orléan, 1991).

Cette hypothèse centrale dans le modèle walrassien est contestable notamment quand l'échange concerne des biens et services nouveaux dont les caractéristiques sont peu connues ou instables. Lorsque l'objet

échangé n'est pas suffisamment défini ou en cas d'absence d'un accord commun aux acteurs sur sa définition, l'échange devient quasiment impossible. À ce sujet, François Eymard-Duvernay (2004) et Olivier Favereau (1989) mettent en avant le rôle des organisations lorsque « l'objectivité des biens » échangés est affaiblie¹⁰. La notion de marché d'organisations renvoie à l'échange où les acheteurs choisissent les produits au regard de l'identité des entreprises qui les fabriquent, contrairement au marché des produits où l'échange est anonyme. Les organisations peuvent être « *analysées comme supports de repères collectifs permettant la coordination des échanges, dans des situations où la qualité des biens n'est pas fixée préalablement à l'échange* » (Id. p. 333). Ainsi, dans la perspective d'un marché d'organisations de services d'aide à domicile, le problème que pose l'insuffisante définition du service peut être dépassé si les organisations mobilisent certaines ressources comme par exemple la confiance, l'éthique ou les règles de qualité.

1.2.1.1. Le rôle des organisations dans la qualification des services

La notion de « marché d'organisations » dans l'aide à domicile, pour reprendre l'expression d'Olivier Favereau (1989), peut nous éclairer sur la façon dont les acteurs de l'aide à domicile tentent de dépasser le problème de la qualification du service. L'organisation pensée en tant que vecteur de valeurs et de règles permet de comprendre pourquoi les usagers sont amenés à leur faire confiance. En effet, le service est d'abord une relation entre deux individus, l'usager et l'intervenant. Sans la confiance cette relation sera instable notamment en présence de stratégies opportunistes. L'opportunisme peut prendre la forme extrême d'exploitation de l'intervenant par l'usager ou inversement, l'intervenant peut avoir un comportement de type « passager clandestin » en effectuant le moindre effort. Même si la confiance est présente, il existe un risque de tensions quand cette relation est projetée dans l'avenir, car l'apparition de nouveaux besoins chez la personne âgée s'accompagne de nouvelles exigences qui mettent à l'épreuve cette relation de confiance. Si l'intervenant ne peut pas répondre à ces exigences, le contrat peut être rompu. En outre, il y a toujours des aléas que ni l'usager ni l'intervenant ne peuvent prévoir. L'exemple illustratif de ces imprévus est l'aide urgente que peut demander l'usager et que l'intervenant ne pourrait pas apporter ou encore, un imprévu empêchant l'intervenant d'effectuer son travail. En revanche, si cette relation est intermédiée par une organisation, ce risque est limité puisque celle-ci apporte un gage de régularité, de continuité et d'adaptabilité de la prestation. C'est parce que l'organisation est dotée d'une réputation que les usagers lui font confiance. En effet, l'usager peut faire confiance au salarié parce que celui-ci est tenu à respecter les engagements définis par l'organisation. Au cas où celui-ci manque à ses engagements, l'organisation peut apporter une réparation dont la forme peut être négociée avec l'usager.

¹⁰ Par objectivité d'un bien est sous-entendu « *le fait que les acteurs de la transaction s'accordent sur une connaissance commune du bien* », Eymard-Duvernay, 2004, p. 337.

Comme le fait remarquer Eymard-Duvernay, la réputation dont est dotée l'entreprise permet d'accroître la capacité de coordination des individus qui agissent en son nom (Eymard-Duvernay, 2004, p.353). Des contrats incomplets peuvent donc être envisagés entre les usagers et les organisations dans la mesure où la réputation peut constituer une garantie suffisante. Le jugement porté sur le travail effectué par le salarié s'appuie sur la réputation et la qualification de l'organisation (id. p.353). Partant de ces hypothèses, on peut dire que l'intermédiation des relations de service par les organisations peut constituer une solution efficace aux difficultés de coordination. Par ailleurs, la diversité des formes des organisations d'aide à domicile et des logiques qui les animent nous conduit à poser la question de la diversité des formes de coordination par les organisations. En effet, la qualification du service par ces organisations est différente selon leur forme. Par conséquent, on devrait parler de « qualités » du service au pluriel. Notre objectif notamment dans le dernier chapitre de cette thèse est de montrer ces différentes qualités en les rattachant à de modèles d'organisations typiques.

1.2.1.2. L'évolution du champ de l'aide à domicile et l'instabilité des règles de qualité

A partir des années soixante-dix les organisations d'aide à domicile se spécialisent sur deux catégories de besoins. D'un côté, les organisations d'aide aux familles dont l'activité est exclusivement d'aider les familles en difficultés. D'autre part, des organisations d'aide ménagère, qui elles, fournissent des services d'aide aux personnes dépendantes (âgées et handicapées). Chacun des deux types d'organisations a ses propres règles de travail, ses propres qualifications et ses propres rémunérations. Cette tendance s'apparente à une *convention de spécialisation* sur des publics distincts¹¹. Le service fourni par l'un ou l'autre type est perçu différemment même si le contenu du travail est identique (travaux ménagers par exemple). La distinction entre les types de services est donc opérée en se basant sur la nature du destinataire du service (l'utilisateur). Cette convention a le mérite de classer les organisations selon les publics pris en charge et leurs qualifications internes. Elle a une valeur *signalétique* des qualifications et des compétences de chaque type d'organisation permettant ainsi de clarifier les choix des individus. Cependant, le problème de qualification du service n'est pas totalement résolu par cette convention. Pour s'en apercevoir, nous proposons de nous intéresser plus précisément aux services d'aide à domicile aux personnes âgées. Dans ce segment du marché, on trouve une multitude d'organisations avec des statuts différents (public, associatif, privé lucratif, secteur d'insertion...) et des qualifications différentes. En outre, la convention de spécialisation par laquelle le marché a fonctionné jusqu'ici est aujourd'hui remise en cause. Nous assistons en effet à de profondes restructurations du secteur où les organisations diversifient leurs services et les publics pris en charge.

¹¹ Cette convention apparue dans les années soixante-dix est en phase d'être remise en cause par plusieurs facteurs économiques et institutionnels. La tendance actuelle est plutôt vers la polyvalence par opposition au modèle de spécialisation institué par cette convention.

Conscientes de l'importance de la réputation dans l'aide à domicile, les organisations ont mis en place des procédures et des règles de production du service en s'appuyant sur les attentes des personnes aidées. La qualification des besoins est donc le premier travail de qualification des services d'aide à domicile. On entend par « qualification des besoins », le travail de définition et de classification des situations de dépendance. Nous distinguons *trois règles* d'une importance capitale à la coordination : une règle d'évaluation des besoins et de définition du contenu du service, une règle définissant le « protocole » de service et une règle d'organisation interne du travail.

- *Règle d'évaluation des besoins et de définition du contenu du service* : l'évaluation des besoins de la personne âgée est préalable à la prestation du service. Une méthode a été mise en place dans les années quatre-vingt-dix permettant au personnel médicosocial d'évaluer la situation sanitaire des personnes âgées. Il s'agit de la grille AGGIR qui permet de classer la dépendance en six niveaux appelés GIR (Groupe Iso-Ressource). L'évaluateur est généralement le médecin traitant ou l'équipe médicosociale du Département. Cette grille est composée de 30 critères relatifs à l'incapacité motrice et aux déficiences intellectuelles. Chaque groupe de critères correspond à une tâche d'aide à domicile. Cette grille permet donc de qualifier la dépendance et détermine le nombre d'heures d'aide.
- *Règle de définition du « protocole » de service* : une fois que le plan d'aide est défini par l'évaluateur et que l'organisation en prend connaissance, elle met en place un protocole de service. Le responsable du secteur (employé cadre) rend visite à la personne âgée pour définir avec elle ou sa famille les modalités pratiques de l'aide : le planning, les dates, les heures, etc. Par la suite, le service en tant que prestation sera l'objet d'une discussion afin que les deux parties s'entendent sur les engagements et les attentes de chacune. Cette mission consiste formellement à clarifier les éventuelles ambiguïtés du plan d'aide. En ce sens, cette visite est un dispositif complémentaire au contrat formalisé par le plan d'aide. Elle se traduit par la négociation d'un protocole de service fixant le planning des aides, les moyens qui vont être mis en œuvre, les procédures de contrôle et de réclamation ou de remplacement des employés. Cette étape est importante puisque les attentes et les obligations de chacun sont clarifiées.
- *Règle de qualification du service à partir du registre professionnel* : la mise en place de la prestation est effectuée selon une règle professionnelle qui consiste à définir le niveau de compétences professionnelles nécessaire pour aider une personne âgée en fonction de son niveau de dépendance. Il est d'usage d'aider une personne classée en GIR 1 et 2 (dépendance lourde) par un Auxiliaire de vie sociale (diplôme DEAVS). Une personne en GIR 3 (dépendance moyenne) est souvent aidée par un Employé à domicile de qualification inférieure au DEAVS. Les personnes en GIR 4, 5 et 6 (dépendance faible) sont aidées par des Agents à domicile sans qualification. Dans certaines organisations, le travail peut être effectué par deux salariés à qualifications différentes. Souvent, on

dissocie la prestation en deux types de services : aide ménagère relevant du travail non qualifié et aide à la personne relevant du travail qualifié.

Il est important de noter qu'en réalité ces règles ne sont pas toujours appliquées non pas par opportunisme mais souvent par ignorance (manque d'information), par manque de ressources notamment humaines ou pour des raisons qu'on peut associer à la culture des organisations de l'aide à domicile où le compromis informel remplace souvent la règle écrite.

La convention de spécialisation au niveau de la branche et les règles internes propres aux organisations d'aide à domicile aux personnes âgées forment un cadre conventionnel permettant un *accord commun* préalable sur le contenu du service. Nous rejoignons ainsi l'hypothèse de l'économie des conventions selon laquelle tout échange est précédé par une « convention constitutive » définissant l'objet de l'échange. Cependant, l'évolution du champ de l'aide à domicile fait apparaître de nouvelles contraintes réglementaires et économiques, de nouveaux acteurs et de nouvelles pratiques professionnelles. Par conséquent, le cadre conventionnel que nous avons présenté très brièvement¹² est en perpétuelle évolution. Les tensions qui accompagnent ces évolutions sont susceptibles de faire émerger de nouvelles règles ou de faire évoluer celles qui sont en vigueur. L'analyse de ces tensions (chapitre III) nous permet d'identifier les différents enjeux qui entourent la redéfinition des règles de qualité.

¹² Ces règles feront l'objet d'une analyse plus détaillée dans le chapitre VII. Nous voulons ici juste montrer l'instabilité des règles dans ces services.

Encadré 1. L'évaluation de la dépendance par la grille (AGGIR)

La grille AGGIR permet de mesurer l'autonomie des personnes âgées dans ses différentes dimensions : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, hygiène de l'élimination, transferts, déplacements à l'intérieur du logement, déplacements à l'extérieur, communication à distance. Pour chacune de ces activités, l'individu est classé selon qu'il les fait seul, totalement, habituellement et correctement ; ou bien, qu'il les fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement ; ou bien encore, qu'il ne les fait pas. La combinaison de ces critères aboutit à la constitution de 6 groupes appelés iso-ressources (GIR) :

GIR 1 : ce niveau correspond aux personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie ;

GIR 2 : deux catégories majeures de personnes âgées sont regroupées :

- celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
- celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer ;

GIR 3 : ce niveau correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seule l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.

GIR 4 : deux catégories de personnes âgées constituent ce niveau :

- celles n'assumant pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Une grande majorité d'entre elles s'alimentent seules,
- celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;

GIR 5 : il s'agit des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;

GIR 6 : on y trouve les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Seules les personnes classées en GIR 1 à 4 sont éligibles à l'APA. Les personnes en GIR 5 et 6 sont aidées par leur caisse de retraite. Sur la base de cette classification, les équipes médicosociales du Département déterminent le plan d'aide correspondant à chaque GIR 1-4. Le montant de ce plan est décroissant selon les GIR et selon les ressources du bénéficiaire (ticket modérateur). Les montants sont déterminés en appliquant un tarif national revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année. Ils ne doivent pas dépasser un certain plafond qui est de : 1189,8€/mois pour le GIR 1 ; 1019,83€/mois pour le GIR 2 ; 764,87€/mois pour le GIR 3 et 505,91€/mois pour le GIR 4 (plafonds au 1^{er} janvier 2007).

Source : ministère du travail, des relations sociales et de solidarités : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

1.2.2. Le problème de l'information sur la qualité des services

Le problème que pose la qualification du service renvoie à sa définition. En revanche, le problème de la qualité du service renvoie à la difficulté d'observer les différences de qualité entre les organisations. Comme le fait remarquer Haddad (2003), il est très difficile de se rendre compte de la différence de qualité des services entre les organisations. Cette difficulté s'explique par l'absence d'outils¹³ par lesquels

¹³ Ces outils peuvent être appréhendés sous la notion d'*investissement de forme* (Eymard-Duvernay, 1986 ; Thévenot, 1986). Cette notion renvoie aux objets collectifs sur lesquels les agents peuvent s'appuyer pour formuler leurs jugements et leurs justifications.

les organisations peuvent signaler leur qualité. Les prix ne règlent pas ce problème mais au contraire ils l'accroissent dans la mesure où ils sont fixés par les financeurs. L'utilisateur paye un même prix quel que soit son niveau de dépendance. De fait, les prestataires ne sont pas incités à se différencier qualitativement puisque l'effort sur la qualité n'est pas récompensé par le prix. Les usagers se trouvent donc enfermés dans des estimations très approximatives de la qualité des services proposés.

Le niveau de qualification des intervenants peut constituer un moyen par lequel les organisations peuvent signaler leur différenciation qualitative. Par exemple, la proportion du personnel qualifié peut être considérée comme un indice de la qualité de l'offre d'une organisation. Mais cette variable est difficilement observable par les usagers. Dans la pratique, le contrat de prestation ne précise pas le niveau de qualification des intervenants susceptibles de produire le service. Ceci conduit à une sorte de flou sur le marché. Quand on demande aux usagers s'ils font la distinction qualitative entre les différentes organisations, la réponse est souvent non. En effet, presque 75% des personnes que nous avons interrogées ignorent les différences de qualités entre les prestataires locaux¹⁴. Cette difficulté à identifier la qualité conduit à une incertitude et, à travers elle, peut-être à des comportements stratégiques.

L'incertitude sur la qualité correspond aux situations où la qualité des biens ou services échangés n'est pas connue par tous. Selon l'expression de Thévenot (1989) il s'agit d'une incertitude *critique*¹⁵, qui résulte de l'insuffisante définition des biens échangés (Thévenot, 1989, p.11). Dans la littérature économique, les phénomènes de sélection adverse et d'aléa moral désignent des situations de ce type d'incertitude. Les travaux sur l'économie de l'information, notamment ceux d'Akerlof, de Spence et de Stiglitz, démontrent que le processus walrassien ne peut pas fonctionner sans une connaissance partagée sur la qualité des biens échangés. Sans celle-ci, autrement dit, en présence d'incertitude sur la qualité, les acheteurs vont estimer la qualité moyenne à travers le prix du marché. Cela ouvre la possibilité de comportements stratégiques pouvant conduire à la transformation *endogène de la qualité des biens* (Orléan, 1991, p. 145). Ainsi, ce type d'incertitude ne peut être résolu par le mécanisme des prix car elle est plus profonde et dénature l'épreuve du marché (Thévenot, op.cit.). La solution passe donc par une identification suffisante et commune des produits « *qui empêche la manipulation stratégique de leur définition et qui offre une assise d'une justification de l'action* » (ibid., p. 8). Eymard-Duvernay (1986)

¹⁴ Cf. les résultats de l'enquête présentés dans la partie III.

¹⁵ Thévenot distingue trois types d'incertitude. Le premier est l'incertitude *naturelle* qui est relative aux comportements des individus qui ne sont pas probabilisables. L'épreuve du marché peut dépasser ce type d'incertitude selon lui. Le second est l'incertitude *externe* renvoyant aux *contingences*. Le prolongement de l'action dans le futur est le manque d'information sur les états de nature futurs est source d'incertitudes. Les *biens contingents* selon l'expression d'Arrow ou les *marchandises conditionnelles* selon Debreu sont des tentatives à étendre la définition du bien pour dépasser les contingences. Dans le même sens, Thévenot propose l'extension de la nature qui peut être une invention, une production, une marketisation, une diffusion, etc. (p.10).

propose de « *paramétrer le degré de constitution du produit* » permettant de séparer l'échange de l'identité des personnes. Or dans l'aide à domicile cette séparation est quasiment impossible.

L'incertitude qualitative peut bloquer l'échange et conduire le marché à sa disparition (Akerlof, 1970). Pourtant, cela n'est pas le cas dans l'aide à domicile. Comment peut-on expliquer ce fait ? Le mécanisme des prix, comme nous allons le voir dans le point suivant, n'apporte pas une solution satisfaisante. Il existe donc d'autres solutions par lesquelles ce problème peut être résolu. C'est l'objet central de notre thèse. Quelles sont ces solutions et comment sont-elles construites ? Nous n'allons pas répondre ici à cette question, mais indiquons seulement que le manque de définition des services d'aide à domicile est comblé par la mise en jeu de processus d'apprentissage. Ils permettent l'évaluation de la qualité et la classification des organisations selon leur qualité. Les usagers en s'insérant dans des réseaux d'échange (Karpik, 1989) produisent de l'information sur la qualité en partageant leurs expériences. Cela permet l'identification des organisations qualifiées et de dépasser ainsi l'incertitude qualitative. C'est une forme de transition d'une épreuve marchande vers une épreuve domestique pour reprendre les termes de Thévenot. Cette transition permet de passer d'une incertitude *critique* vers une incertitude *naturelle* plus facilement gérable dans l'ordre marchand (Thévenot, 1989, p. 22).

1.2.3. Le problème de la formation des prix et les formes de concurrence

La théorie économique accorde au mécanisme des prix la capacité de coordonner les décisions. Mais un certain nombre de conditions sont nécessaires pour que les prix remplissent cette fonction. La concurrence pure et parfaite est l'une de ces conditions. Cela suppose que l'incertitude qualitative n'existe pas et que les prix se forment suivant le rapport entre l'offre et la demande. Or, en ce qui concerne l'aide à domicile, la première condition n'est pas remplie. Dès lors qu'on introduit l'incertitude sur les qualités, on demande aux prix de remplir deux fonctions distinctes : gérer les raretés relatives des acheteurs et surmonter l'insuffisante définition des produits (Orléan, 1991, p. 145). Quand les prix sont capables de médiatiser la qualité, leur influence sur la demande est ambiguë. Un prix élevé indique, *a priori*, que la qualité du bien échangé est supérieure, ce qui influence positivement la demande puisque celle-ci est une fonction croissante de la qualité. En revanche, par effet classique, les prix élevés font baisser la demande¹⁶. Donc la nature de l'équilibre est tributaire de la nature de la fonction des utilités des demandeurs. Dit autrement, cela dépend de la structure de la demande. Si le marché est composé majoritairement d'individus demandeurs la qualité et qui sont disponibles à payer le prix nécessaire, alors l'équilibre correspond à une situation où la qualité et les prix sont élevés. Mais la présence de l'asymétrie

¹⁶ Pour plus de détails sur ces mécanismes, Cf. Akerlof 1970 et Orléan 1991.

informationnelle entre les vendeurs et les acheteurs bloque le fonctionnement de ce marché. Précisons que ce marché a une mono-structure dans le sens où il ne laisse pas la place à la segmentation (ou à la différenciation)¹⁷. Puisque la qualité des marchandises est connue par les vendeurs et que les acheteurs l'ignorent, alors ces derniers estiment la qualité moyenne à travers les prix. Comme cette estimation est inférieure à la qualité réellement offerte, par effet de cascade, la baisse des prix entraîne la baisse de la qualité jusqu'à la disparition du marché¹⁸. En réalité, dans pareilles situations le marché ne disparaît pas mais rétrécit.

Le marché de l'aide à domicile, même en présence d'incertitudes fortes sur la qualité, non seulement existe toujours mais surtout est en expansion rapide. Ce fait n'est pas dû à la perfection du mécanisme des prix, au contraire ce dernier joue un rôle secondaire. En effet, les prix des services d'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes¹⁹ sont fixés administrativement. Les financeurs (le Département et les Caisses de retraite) fixent un tarif unique valable pour toutes les organisations quelle que soit la qualité de leurs services²⁰. Pour garantir aux usagers l'égalité d'accès à ces services, les organisations sont interdites de rajouter une prime de qualité au prix fixé. Ainsi, ce prix unique envoie un signe trompeur : la qualité des services offerts par les différents prestataires est identique. Or, dans la réalité les qualités sont différentes même si la proportion du personnel qualifié est proche d'une organisation à une autre²¹. Ceci nous conduit à nous interroger sur la notion même de la qualité. Est-elle limitée à la qualité du travail de l'employé ou doit-on prendre en compte d'autres aspects dans la définition de la qualité ? Nous nous contentons ici de dire que la qualité du service d'aide à domicile est multidimensionnelle. Elle dépend de l'ensemble de qualifications de l'employé et des qualités organisationnelles du prestataire. Tout compte fait, la qualité d'une même organisation peut être évaluée subjectivement et différemment par les usagers. Et inversement, la satisfaction que procure un service pour un même usager peut être différente selon qu'il est fourni par telle ou telle organisation, bien que le prix payé soit identique. Cela pose un problème majeur pour le développement de ce marché : une organisation qui fait un effort sur la qualité de ses services non seulement n'est pas récompensée par le prix mais elle prend le risque de ne pas drainer une clientèle, puisque cette qualité n'est pas identifiée. Dans cette situation, on peut donc supposer que la

¹⁷ Puisque le bien échangé est, *a priori*, insuffisamment défini, on ne peut pas prévoir des segments de marchés où l'on offre des biens à qualités distinctes.

¹⁸ Ces mécanismes sont décrits en détail dans le modèle d'Akerlof (1970). Le modèle démontre la défaillance du mécanisme des prix dans un marché caractérisé par des asymétries informationnelles. Cf. la partie II.

¹⁹ Les personnes âgées en Gir 1, 2,3 et 4 bénéficient de l'Allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). Le montant de cette allocation est le produit entre le nombre d'heures d'aide nécessaires et le prix fixé par le Département.

²⁰ Pour la demande subventionnée à travers l'APA ou les allocations de la CNAV, les prestataires se voient remboursés un tarif fixe. C'est ce tarif que normalement les usagers doivent payer.

²¹ Les organisations prestataires choisissent leurs employés en fonction d'un certain nombre de critères qualitatifs autres que les qualifications. Il s'agit des qualités *idiosyncrasiques* (Eymard-Duvernay, 2004) ou de compétences relationnelles (Gadrey. N. et *alii*, 2004).

concurrence par les qualités est quasiment impossible. En adoptant une approche par l'économie des conventions, nous montrerons que la concurrence dans le marché des organisations s'effectue bel et bien par la qualité mais sous une autre forme. Il s'agit d'une concurrence par les réputations localement construites. Cette hypothèse fera l'objet d'une analyse détaillée dans le chapitre VII.

Il est important de noter ici que la différence des qualités est réelle entre les services fournis par les organisations et les services fournis dans le cadre du « gré à gré ». Le prix entre ces deux types d'offre n'est pas le même. Si le prix est fixé administrativement dans le marché des organisations, il est fixé librement dans le marché de gré à gré. Entre les deux secteurs, la concurrence est fondée sur la qualité qui est différente mais également sur les prix. La domination du marché de gré à gré peut-elle s'expliquer uniquement par la différence des prix ? Si c'est le cas, cela suppose que la demande du service d'aide à domicile soit plus élastique par rapport au prix que par rapport à la qualité. Il est vrai qu'une grande partie des personnes âgées recourent à l'offre de gré à gré de faible qualité plutôt qu'à l'offre des organisations meilleure en qualité. Cependant, le prix n'explique pas tout. Il nous semble que les usagers considèrent que l'écart de qualité entre les deux types d'offre ne justifie pas l'écart des prix. Cela ne veut pas dire que les qualités sont proches mais la qualité des organisations est sous-estimée par les usagers. L'origine de cette sous-estimation est à rechercher dans l'insuffisance d'information objective sur les qualités des organisations et surtout le manque de communication de celles-ci conduisant à un manque de valorisation de leur qualité.

L'analyse de la construction sociale du marché nous a permis d'identifier les trois grandes difficultés de la coordination : la qualification du service, l'information sur la qualité et la formation des prix et leur rôle dans l'organisation de la concurrence. Ces difficultés montrent que la coordination dans ces services ne peut pas être envisagée uniquement à partir du registre marchand. Le cas échéant, la coordination purement marchande sera nécessairement incomplète. Nous avons montré aussi les enjeux qui sont derrière ces questions et les solutions possibles. Le plus souvent ce sont des règles ou plus généralement des conventions construites dans le niveau de la régulation, des représentations collectives ou dans le niveau des relations interpersonnelles qui accompagnent le marché. Elles permettent ainsi aux acteurs de se coordonner par des contrats incomplets et de dépasser ainsi les situations d'indécidabilité due à l'incertitude. A ce stade, nous pouvons dire que le contrat de prestation est nécessairement incomplet étant donné les difficultés de coordination énumérées précédemment. La possibilité de conclure ce type de contrat dépend toutefois de l'existence des règles et des conventions. L'articulation entre les différents niveaux de coordination dans ce marché (la concurrence, les règles ou la régulation et les conventions) fera l'objet d'une analyse détaillée dans le dernier chapitre de cette thèse.

2. LES PRINCIPAUX FACTEURS DE LA DEMANDE ET LEURS ENJEUX SUR LA QUALITÉ

On peut définir le service d'aide à domicile comme un « ensemble de prestations contribuant au mieux-être des personnes sur leur lieu de vie, qu'il s'agisse de leur domicile ou de loisir » (Verollet, 2007). En ce sens, c'est un service qui peut révéler des formes différentes selon le profil des utilisateurs. La distinction la plus répandue est celle opérée entre les services de maintien à domicile des personnes âgées et les services d'aide à destination des familles. Chacun de ces deux types de services correspond à un marché particulier de par les mécanismes de solvabilisation, des procédures et règles à respecter et des prix du service. Au sein de chaque marché on peut distinguer des segments. Le marché de services aux personnes dépendantes se compose de services d'aide ménagère, d'aide à l'hygiène et des services de soins et d'hébergement temporaire. Dans le marché de services aux familles, on peut isoler les services d'aide ménagère et d'entretien du domicile, les services de garde d'enfants et les services d'accompagnement social aux familles en difficulté.

A cette pluralité de services et de marchés correspond une pluralité de demandes. Leur développement ne s'effectue pas avec le même rythme puisque les facteurs sociodémographiques impactent différemment la demande. Le vieillissement peut accroître la demande de service d'aide à l'hygiène par exemple mais aussi les services d'aide ménagère. Mais, si le revenu disponible à ces deux types de services n'est pas suffisant, la personne âgée ou sa famille aura tendance à arbitrer entre les deux services. Cet arbitrage peut être influencé par la disponibilité de l'aide domestique des proches. Si par exemple la personne âgée dispose d'une aide des proches pour les tâches ménagères, elle peut réserver une partie plus importante de son revenu pour l'aide à l'hygiène. Cet arbitrage ne dépend pas uniquement de la solidarité familiale mais aussi de la solidarité publique (Attias-Donfut, 1995; Masson, 1999). Le niveau de l'allocation dont bénéficie la personne âgée influence la nature des aides demandées et leur volume. La conjugaison entre ces différents facteurs sociodémographiques est synonyme d'un développement différent des services d'aide à domicile. En fonction de leur poids dans la demande, ils peuvent conduire à un développement contrasté entre les services d'aide ménagère et les services d'aide à la personne. Nous retrouvons ce contraste également au niveau des qualifications et au niveau des formes de l'offre.

Deux principaux facteurs sociodémographiques agissent directement sur la demande : le vieillissement de la population et l'évolution de l'entraide familiale ou ce qui est désigné généralement par la notion de solidarités familiales (Attias-Donfut, 1995, op.cit.). Le niveau du revenu des personnes âgées est également un facteur important notamment avec la hausse du ticket modérateur, ce qui est le cas depuis

quelques années puisque le montant moyen de l'APA a tendance à baisser (Perben, 2006) et la CNAV a diminué son budget d'aide à domicile de 22% entre 2001 et 2005²².

2.1. Le vieillissement de la population

En retenant le fait que le taux de prévalence de la dépendance est plus élevé dans la classe d'âge des plus de 75 ans (Duée et Cyril Rebillard, 2006), nous supposons que cette population est celle qui est susceptible d'exprimer une demande potentielle de services d'aide à domicile. Les besoins révélés concernent en général les services d'aide à la vie quotidienne tels que l'aide ménagère et l'aide à la toilette, l'accompagnement de la personne dans ses démarches administratives, etc. Les besoins qui ne sont pas révélés, ou ce qui est appelé demande *compulsive*, concernent la dimension relationnelle du service : *« beaucoup d'intervenants ont pu constater qu'il existe une demande compulsive de service jamais comblée, plus on obtient de services, plus on en demande d'autres parce que derrière une demande qui apparaît rationnelle, se cache un appel au secours pour rompre la solitude ou sortir de relations familiales devenues invivables »* (Croff, 1994).

L'intensité des besoins de la personne âgée en dehors de la vie domestique est modulée par la combinaison de l'aide familiale²³ et de l'aide externe. En effet, les personnes plus âgées sont aidées par des proches quand cela est possible. Ceci réduit, en partie, leur demande de services professionnels. Par ailleurs, on peut supposer que le volume de l'aide domestique des proches est différent selon l'âge et la dépendance de la personne âgée. Généralement, le recours à cette aide n'intervient que rarement et seulement si le risque de dépendance devient éminent (Croff, op. cit.).

Le tableau n°1 montre l'évolution de la part de la population âgée et la projection de celle-ci à l'horizon 2030. La part des personnes âgées de plus de 60 ans ne cesse d'augmenter depuis les années quatre-vingt. Elle était de 17% en 1980 et augmente à 20,9% en 2006. Leur nombre est passé de 9,1 millions à 12,7 millions entre 1980 et 2005, soit une croissance de 40% (Insee). En 2020, plus d'un quart de la population française aura 60 ans ou plus. Certes, l'espérance de vie continue de s'améliorer permettant ainsi aux personnes âgées de vivre longtemps à leur domicile et en bonne santé. Cependant cela ne réduit pas les besoins en termes d'aide à domicile puisque la population potentiellement dépendante, les septuagénaires en l'occurrence, augmentera mécaniquement. Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans est

²² Avis de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale enregistré le 12 octobre 2005.

²³ Nous employons le terme d'aide familiale, domestique ou privée pour qualifier l'aide informelle gratuite et bénévole apportée par un proche parent, un voisin ou un ami. Par opposition, l'aide externe ou professionnelle correspond à la prestation de service apportée par un salarié de services d'aide à domicile.

supérieur à 5 millions en 2006, soit une augmentation de plus de 2 millions par rapport à 1980. Leur part dans la population totale est de 8,2% en 2006 contre 5,7% en 1980. Celle-ci dépassera le seuil de 10% en 2025 selon les projections démographiques de l’Insee (tableau suivant). La population des plus de 75 ans augmentera de 13% en 2010 selon ces projections contre 11% pour la population âgée entre 60 et 75 ans.

Tableau 1. La population âgée en France Métropolitaine (en% de la population totale)

<i>Années</i>	<i>60 ans et plus</i>	<i>75 ans et plus</i>
1960	16,7%	4,3%
1970	18,0%	4,7%
1980	17,0%	5,7%
1990	19,0%	6,8%
2000	20,6%	7,2%
2005	20,8%	8,0%
2006	20,9%	8,2%
2010	22,7%	8,8%
2015	24,6%	9,1%
2020	26,2%	9,1%
2025	27,9%	10,5%
2030	29,3%	12,0%

Source : Insee, situations démographiques et projections de population 2005-2050

2.2. Le nombre de personnes âgées vivant seules à leur domicile augmente

Selon l’Insee, 7,5 millions d’habitants vivent seuls dans leur logement en 1999, soit une personne sur huit. En 2005, cette population avoisine 8,4 millions de personnes selon le dernier recensement de la population. Entre 1999 et 2005, la part de la population vivant seule passe de 12,6 % à 14,2%. Cette augmentation a affecté toutes les classes d’âges. Les plus de 50 ans représentent 22,8% en 1999 contre 24,2% en 2005. Cette évolution résulte des changements des modes de vie et de l’amélioration des conditions de vie, notamment en termes de logement et de santé. Plus de la moitié des personnes vivant seules, soit 3,7 millions, ont 60 ans ou plus en 1999. Ces personnes âgées seules seraient près de 4,2 millions en 2005 selon notre estimation. Selon l’Insee, la proportion de personnes seules d’une génération donnée est de 18 % pour les sexagénaires, de 30 % pour les septuagénaires, atteignant un maximum avec plus de 40 % pour les octogénaires. Les femmes sont les plus touchées que les hommes étant donné qu’elles survivent à leurs maris. La proportion de femmes âgées seules ne diminue qu’au-delà de 85 ans, âge où l’état de santé ne permet plus à toutes de vivre dans cette situation. Cela confirme les chiffres selon lesquels la majorité des personnes âgées ayant eu recours aux services d’aide à domicile sont des femmes.

Selon une étude²⁴ de l'Insee, 2,3 millions de ménages comptant au moins une personne âgée de 65 ans ou plus bénéficiaient d'une aide extérieure à domicile en 1999, soit les deux tiers de ces ménages. A proportion égale, les personnes âgées de plus de 60 ans vivant seules ayant eu recours aux services d'aide à domicile seraient plus de 2,6 millions en 2005. Cette population serait de plus en plus importante puisque le nombre des personnes âgées de plus de 75 ans augmentera dans les années à venir.

De plus, les besoins d'aide ne sont pas totalement satisfaits. En effet, 45 % des personnes aidées déclarent avoir reçu une aide hebdomadaire inférieure à 21 heures (Genier, 1998). Or, la norme²⁵ d'assistance pour les personnes âgées en termes de volume horaire est de 30 heures par semaine et par personne âgée dépendante. Notre enquête montre que le volume horaire est nettement inférieur, soit moins de 10 heures en moyenne pour les personnes dépendantes. Selon le rapport de la Cour des Comptes (2005), le montant d'aide attribué aux personnes dépendantes ne permet de financer que 45% des besoins d'aide à domicile. La différence devra être financée par les ressources privées de la personne âgée. Ceci explique l'écart entre le volume d'aide nécessaire et le volume d'aide dont bénéficie réellement la personne âgée. Comme le note Ennuyer (2006), la méthode d'évaluation des besoins des personnes dépendantes est en partie à l'origine de l'insuffisante prise en charge de ces personnes à leur domicile.

2.3. L'appauvrissement de la solidarité ascendante entre générations

Les rapports familiaux entre générations ont connu un basculement historique selon certaines études sociologiques (Attias-Donfut, 1992 ; Masson, 1999 ; Aliaga, 2000). Selon ces études, les générations présentes s'occupent de moins en moins de leurs parents. Comme le précise André Masson, « *l'aide à domicile aux vieux parents a beaucoup régressé au point de devenir un phénomène résiduel* » (Masson, 1999). Sommes-nous à la lisière d'une « asymétrie d'altruisme » ? Il est plus fréquent qu'un père s'occupe de plus de dix enfants que dix enfants ne s'occupent d'un père écrit André Masson (op.cit.). Selon cet auteur, ceci peut s'expliquer par le fait que les aînés sont mieux pris en charge par l'État que les jeunes. Une enquête de l'Insee²⁶ confirme cet état de fait. Selon cette étude, la solidarité descendante (des parents aux enfants puis aux petits-enfants) est beaucoup plus importante que la solidarité ascendante (le processus inverse). Les bénéficiaires de la solidarité familiale évoluent avec l'âge en même temps que le réseau de parenté change et que les générations s'y succèdent. Les transferts descendants entre

²⁴ Christel Aliaga, " L'aide à domicile en faveur des personnes âgées " INSEE- Premières synthèses, n° 744, 2000.

²⁵ Colvez *et al.*, (1990) ont établi une norme d'assistance pour les personnes âgées dépendantes en interviewant une dizaine d'experts. La norme intègre l'aide à la toilette, l'habillage et la préparation des repas. La norme de 30 heures par semaine et par personne correspond à un volume médian.

²⁶ "Réseaux de parenté et entraide", enquête PCV octobre 1997, Insee.

générations, qu'ils soient en espèce (héritage, donations et aides financières), en nature ou en temps sont beaucoup plus importants que les transferts ascendants, conclut cette étude.

La recherche de Claudine Attias-Donfut sur le déploiement des solidarités familiales et publiques entre trois générations successives conclut aux mêmes résultats. D'après cette recherche réalisée en 1992, l'aide apportée par la génération pivot²⁷ est insuffisante en terme de pourcentage de personnes aidées et du volume de l'aide. En fait, seulement 24% des pivots déclarent avoir aidé leurs aînés âgés et moins d'un cinquième (19%) de ces derniers affirment avoir reçu une aide de leurs enfants. Le volume d'aide n'est que de 8 heures par semaine et concerne seulement la moitié des personnes âgées de plus de 74 ans qui se déclarent aidées (Attias-Donfut, op.cit.). De plus, cette aide des proches est considérée comme permanente seulement pour 30% des personnes aidées (id.). Pour cette catégorie de personnes, soit seulement 8% des personnes âgées de plus de 74 ans, l'aide domestique peut être une solution à l'insuffisance de l'aide financée par la protection sociale. Par ailleurs, pour la grande majorité des personnes âgées qui ne bénéficient d'aucune aide domestique ou d'une aide très insuffisante, le service d'aide à domicile est leur seul recours. Notre enquête a montré que 60% des personnes âgées ne bénéficient jamais d'aide des proches ou rarement. Leur maintien à domicile repose donc sur leur possibilité à payer des services de qualité et en volume suffisants, donc de leur pouvoir d'achat.

2.4. L'évolution du pouvoir d'achat des personnes âgées : l'impact des inégalités de revenus sur la demande

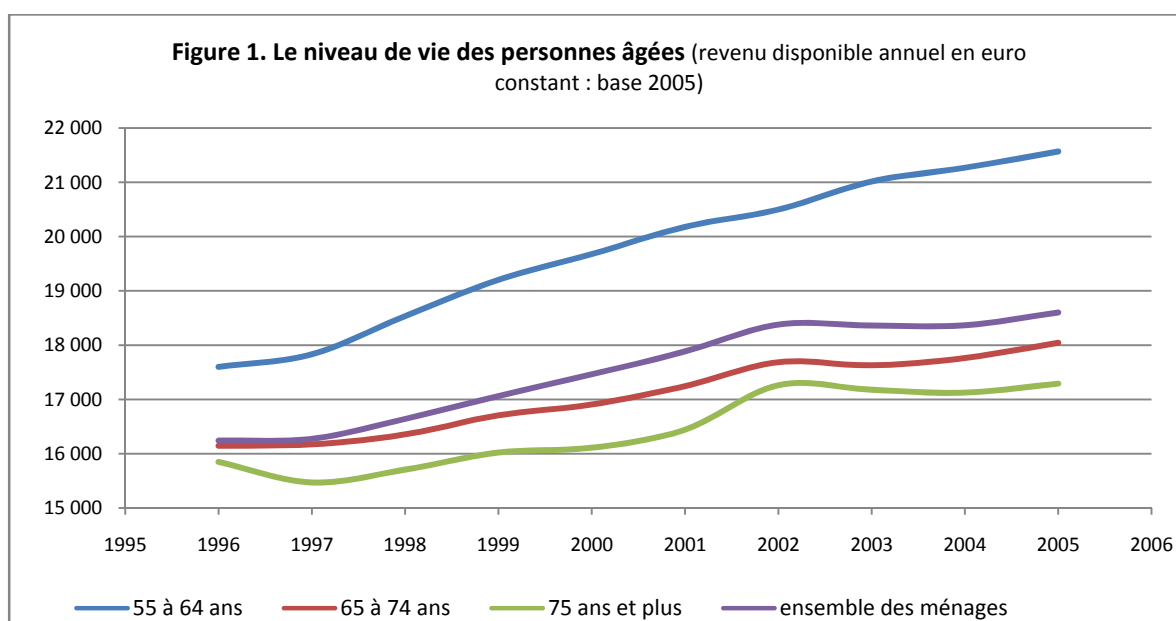
Le pouvoir d'achat en services d'aide à domicile dépend des prix des services et du revenu des personnes âgées. Les prix sont fixés administrativement par les financeurs institutionnels et diffèrent très marginalement d'un département à un autre en fonction, semble-t-il, des diversités locales en matière de pouvoir d'achat. Le prix réel payé par les usagers varie d'un usager à un autre en fonction de leurs revenus et de la nature de l'aide financière dont ils bénéficient. Lorsqu'un usager est bénéficiaire de l'APA ou d'une allocation de la CNAV, il paye un prix effectif contenu entre le prix fixé administrativement augmenté d'un ticket modérateur. Par ailleurs, lorsque la demande est solvabilisée par la défiscalisation du revenu, le prix payé est égal au prix du marché diminué de moitié en raison des mesures de réduction d'impôts à hauteur de 50% du prix payé.

A côté de ces deux populations dont le pouvoir d'achat est soutenu par une aide financière ou une défiscalisation du revenu, une autre population qui ne peut prétendre à ces deux types d'aide bénéficie

²⁷ La première génération est celle des grands-parents, la deuxième correspond aux pivots, et la troisième aux enfants des pivots.

d'une aide en nature. Il s'agit de services d'aide ménagère temporaire fournis par le Département gratuitement en attendant que le bénéficiaire soit pris en charge par l'APA, par sa caisse de retraite ou par sa mutuelle. Il s'agit généralement de personnes non imposables et dont la demande de l'allocation n'a pas été instruite dans les délais.

Ces dernières années, le revenu moyen disponible²⁸ des personnes âgées a augmenté moins vite que celui de la moyenne de la population. Entre 1996 et 2005, ce revenu a augmenté de 1% annuellement contre 1,4% pour l'ensemble des ménages. Au sein de la population âgée, ces évolutions sont très contrastées. D'abord, les disparités en termes de niveau de vie sont très importantes : les plus âgés (75 ans et plus) ont un revenu inférieur de 7% par rapport à la moyenne des français tandis que cet écart n'est que de 3% pour la classe d'âge de 65-75 ans. En revanche, le revenu des personnes proches de la retraite (entre 55 et 64 ans) est de 16% plus élevé que le revenu moyen des français. Les personnes les plus âgées ont donc un revenu plus faible tandis que les moins âgées un revenu plus élevé. Le graphique n°1 montre que cet écart se creuse entre les différentes catégories des personnes âgées. Le revenu des personnes les plus âgées augmente de 1% en moyenne annuelle entre 1996 et 2005, celui des personnes âgées entre 65 et 75 ans de 1,2% tandis que les personnes les moins âgées ont connu une augmentation de leur revenu de 2,3% annuellement. Ceci conduit au renforcement des inégalités en termes de revenus et probablement en termes d'accès aux services d'aide à domicile.



Source : Insee

²⁸ L'ensemble des revenus nets d'impôts y compris les prestations sociales.

Si l'on retient le revenu comme seul facteur de la demande, les inégalités de revenus auraient un impact sur le développement des différents services d'aide à domicile. On peut supposer que la demande des services d'entretien ménager et de petits travaux à destination des personnes moins âgées devrait augmenter plus fortement (toutes choses égales par ailleurs) que la demande de services d'aide à la personne à destination des personnes plus âgées.

2.5. La solvabilisation de la demande : le choix d'une régulation marchande

Depuis les années soixante-dix, un choix politique a été fait de financer la demande plutôt que l'offre. Comme nous l'avons indiqué précédemment, ce choix visait à intensifier la concurrence sur le marché et à garantir un libre choix pour l'usager. L'objectif est également de créer de l'activité locale et de l'emploi à travers un mouvement de demande soutenue. C'est justement le cas puisque des dizaines de milliers d'emplois et des centaines d'entreprises de services d'aide à domicile ont été créés chaque année. Par ailleurs, il est important de signaler ici les difficultés structurelles importantes qui minent le développement de l'offre notamment en matière de coordination et de qualifications. Le rôle des intermédiaires institutionnels et privés est important pour l'avenir de cette activité.

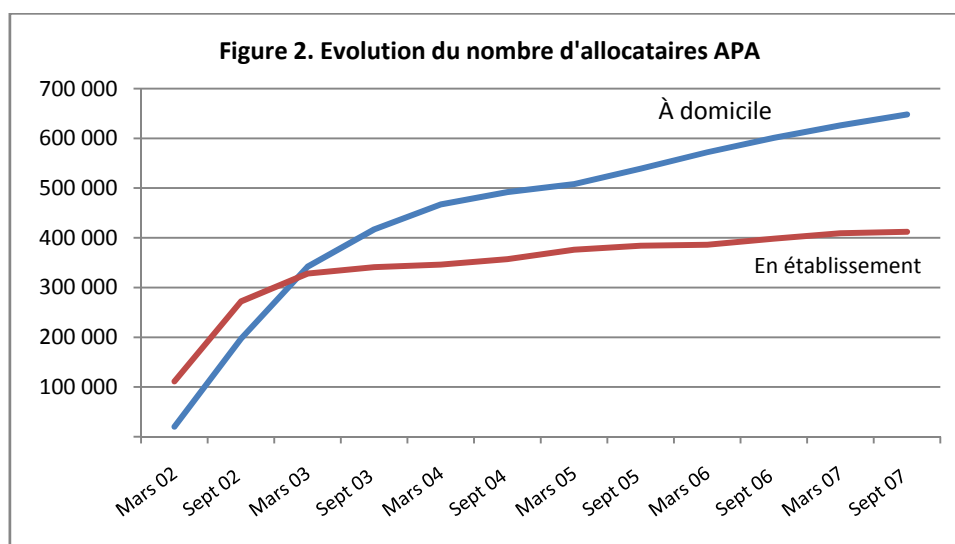
Sans le soutien financier actif des pouvoirs publics, la demande peinerait à s'exprimer. La demande doit donc être solvable et c'est en cela que les différents dispositifs successivement adoptés depuis le début des années 1990 sont fortement incitatifs. La prise en charge de la dépendance en France s'apparente aujourd'hui à un modèle cohérent. L'un des principaux piliers de ce modèle est l'universalité du financement de la demande puisque l'allocation pour l'autonomie (APA) est garantie pour tous les résidents sous conditions des ressources. Le bénéfice de l'allocation de la caisse de retraite est par ailleurs fondé sur le principe de cotisation au régime d'assurance vieillesse. Ces deux moyens de solvabilisation de la demande sont complétés par une défiscalisation des revenus. Les deux autres piliers du modèle français de prise en charge de la dépendance sont la concurrence et la régulation de celle-ci. Il s'agit d'un choix politique dont l'objectif est à la fois de répondre à l'urgence sociale de prise en charge de la dépendance et d'exploiter ces services comme réservoir d'emplois. Comme le souligne Bernard Enjolras, *« face à la montée des besoins en matière d'aide à domicile et du fait de la crise des financements sociaux, la France a privilégié, sous couvert de politique de l'emploi, le développement d'une régulation marchande »* (Enjolras, 2002, p. 70).

Au milieu des années 1980, coexistaient deux formes d'offre : les prestations de confort rendues dans le cadre de relations de gré à gré, avec une forte présence du secteur informel et les prestations spécialisées d'aide à domicile en direction des personnes âgées ou handicapées dispensées par des structures publiques ou associatives. Vers la fin des années quatre-vingt et durant la décennie quatre-vingt-dix, un

ensemble de mesures ont été mises en place conduisant à une libéralisation progressive du marché (cf. le chapitre II). Pendant cette période, la logique du gré à gré est favorisée par le biais d'une solvabilisation de la demande. En 1991, le dispositif des « emplois familiaux » permettant des réductions d'impôts importantes pousse un peu plus la logique engagée. Face au modèle traditionnel de la régulation tutélaire, le modèle de la régulation marchande est en pleine expansion. La grande majorité des services offerts se trouve alors régulée par le marché comme le souligne Bernard Enjolras : *« le financement du service est fondé sur le pouvoir d'achat du bénéficiaire, la réduction d'impôt ou l'exonération de charges venant le solvabiliser de façon neutre ou proportionnelle à ses revenus. La rencontre de l'offre et de la demande s'opère quant à elle par le seul jeu du marché et de la concurrence »* (Enjolras, 2002, p. 71).

A partir du milieu des années quatre-vingt-dix, d'autres mesures voient le jour qui confirment le modèle d'un marché régulé. Le chèque emploi service mis en place en 1995 puis remplacé par le chèque emploi service universel (CESU) en 2005 vise principalement à encourager les emplois de gré à gré en facilitant ses modalités. Comme le notent Nicole Gadrey et alii. *« à chaque fois, le soutien à la création d'emplois de proximité s'appuie essentiellement sur des incitations financières au développement des contrats de gré à gré entre un employeur particulier et un salarié »* (op.cit. p.165). En 1996, le secteur est ouvert aux entreprises privées lucratives en leur accordant les avantages fiscaux dont bénéficiait jusque-là le secteur associatif. Il s'agit d'une étape importante dans la construction d'un marché d'aide à domicile.

Avec l'instauration de l'APA en 2002, ce modèle est renforcé. L'allocation est versée directement au bénéficiaire assurant ainsi le libre choix de celui-ci. Le pouvoir d'achat accordé à travers l'APA est aussi un pouvoir de discrimination accordé aux personnes âgées. Désormais, les personnes âgées ou leurs familles peuvent choisir entre les services directs d'un prestataire et l'emploi de gré à gré. A travers l'APA, les collectivités locales détiennent un pouvoir important dans la régulation. En tant que financeurs de cette allocation, plusieurs Conseils généraux ont choisi d'encourager le recours à des services prestataires plutôt qu'à des services de gré à gré. Cette allocation est accordée uniquement aux personnes dépendantes classées en GIR 1 à 4. Les personnes les plus dépendantes (GIR 1 et 2) sont incitées par les équipes médicosociales du Département à souscrire aux services prestataires qualitativement plus adaptés à leurs besoins plutôt que de recruter un employé familial.



Source : Drees

Le nombre de bénéficiaires de l'APA a considérablement augmenté depuis 2002. De 670 000 fin septembre 2003 ils passent à 1 060 000 en septembre 2007. Plus de 61% des bénéficiaires sont des personnes qui vivent à domicile. Leur nombre a augmenté de 12% en 2006 et de 8% en 2007 tandis que le nombre d'allocataires en établissements a progressé de 4% en 2006 et 2007.

Les personnes âgées de 60 ans et plus classées en GIR 4 et 5 bénéficient d'une aide financière de leur CNAV ou de leur caisse de retraite. La CNAV accorde deux types d'allocations : l'allocation de garde à domicile et la prestation d'aide ménagère. L'allocation de garde à domicile est une aide financière qui permet de faire face à une situation temporaire urgente (sortie d'hôpital, hospitalisation à domicile, maladie et fin de vie). La prestation d'aide ménagère, en revanche, est plus ou moins durable. Elle est de deux ans pour les personnes âgées de plus de 70 ans et d'un an pour les personnes âgées de moins de 70 ans. Son montant est fixé en prenant en compte des ressources du bénéficiaire. Les autres caisses de retraite accordent une aide financière complémentaire en fonction des cotisations versées.

Les personnes handicapées âgées de moins de 55 ans bénéficient de la Prestation de compensation du handicap (ancienne ACTP) accordée par le Département. Cette allocation permet de rémunérer une tierce personne (employé familial) ou une prestation fournie par une structure d'aide à domicile. Son montant est déterminé sur la base de la majoration pour tierce personne et en fonction du degré du handicap.

Tableau 2 : Les aides financières, les conditions d'attribution et l'organisme financeur

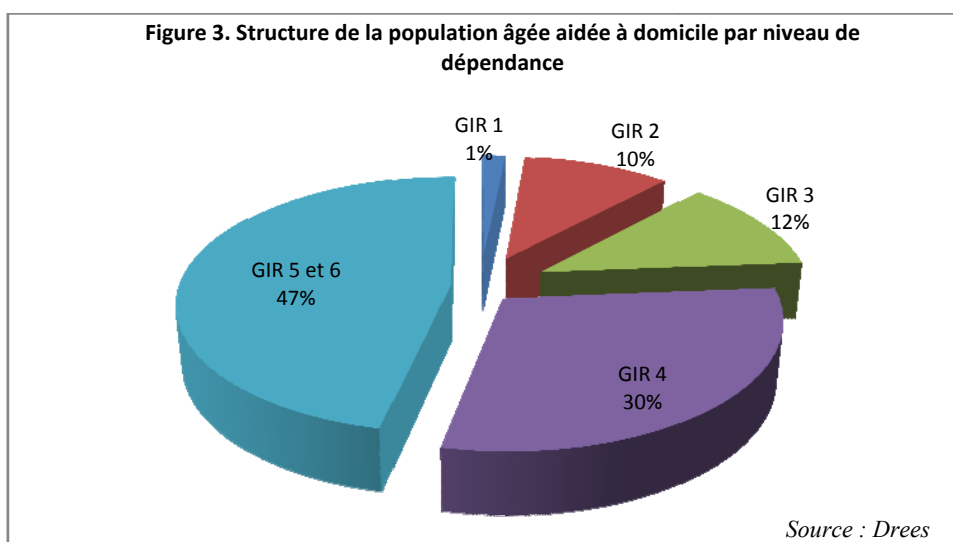
Financement	Conditions pour y bénéficier	Utilisation	Financier	Remarques
APA	- Âge > à 60 ans - GIR 3-4	Gré à gré ou Service structuré	Département	Choix de recevoir l'APA sur son compte ou accepter son versement au prestataire
	- Âge > à 60 ans - GIR 1-2	Service structuré		
Réduction d'impôt	- Être imposable - Non bénéficiaire de l'APA	Gré à gré ou Service structuré	État	Réduction de 50% des dépenses plafonnées à 12 000 €/an
Allocation de garde à domicile	- Âgé de 55 ans et plus - retraité du régime général - R < 1790€/mois - non cumulable avec l'APA et la prestation compensatrice - cumulable avec la déduction d'impôts	Gré à gré ou Prestataire conventionné	CNAV (80%)	- Aide momentanée suite à un accident ou à une hospitalisation - Accordée pour une durée de 3 mois renouvelable 1 fois. La CNAV rembourse 80% de la dépense dans la limite de 1380€/trimestre.
Prestation d'aide ménagère à domicile	- Âgé de 55 ans et plus - retraité du régime général - GIR 5 ou 6 - non cumulable avec l'APA et la prestation compensatrice - cumulable avec la déduction d'impôts - Revenu < 7719 €/an	Prestataires conventionnés	CNAV (prise en charge partielle)	- Aide accordée pour 1 an pour les bénéficiaires de moins de 70 ans et 2 ans pour ceux âgés de 70 ans - Montant en fonction des ressources.
Prestation de compensation (ex-ACTP)	Personne handicapée Âge entre 16 et 60 ans	Gré à gré ou service structuré	Département	Prestation accordée par le Département versée directement à la personne handicapée.

Source : auteur

2.6. La structure de la demande en fonction du niveau de perte d'autonomie

La figure 3 ci-dessous représente la structure de la population bénéficiaire de l'aide à domicile en fonction des niveaux de dépendance (GIR). Près de 60% des personnes âgées bénéficiaires de l'APA continuent de vivre à domicile et sont aidées par des organisations ou par des personnes qu'elles emploient. Le reste de cette population (41%) vit en institution²⁹. Les personnes classées en GIR 1 et 2 sont des personnes lourdement dépendantes, les GIR 3 sont des personnes modérément dépendantes et les GIR 4, 5 et 6 sont des personnes faiblement dépendantes ou autonomes. Suivant la définition de la grille AGGIR on peut supposer que la prise en charge des personnes âgées nécessite des niveaux de qualification différents selon le niveau de dépendance. Cette composante de la qualité du service qui est la qualification dépend donc du niveau de dépendance pris en charge.

²⁹ Cf. JEGER F, *Études et Résultats*, n°372, janvier 2005, DREES.



La majorité des personnes vivant à domicile et bénéficiaires de l'APA ou de l'allocation des caisses de retraite est une population faiblement dépendante au sens de la grille AGGIR. Les personnes classées en Gir 4, 5 et 6, soit une population modérément dépendante, représentent 77% des personnes âgées aidées à domicile financés par ces institutions. La population moyennement dépendante (GIR 3) représente environ 12% et la population lourdement dépendante (GIR 1 et 2) environ 11%.

Tableau 3. Nombre de personnes aidées à domicile selon les GIR

Niveau de dépendance	Personnes aidées à domicile juin 2005	
	Nombre (en milliers)	En %
GIR 1	16	2%
GIR 2	105	10%
GIR 3	119	12%
GIR 4	300	30%
GIR 5 et 6*	473	47%
Ensemble	1 013	100%

Source : Drees

* Nombre de personnes bénéficiaires d'un financement des caisses de retraite

Cette structure de la demande en fonction du niveau de dépendance évoluera sous l'influence des facteurs sociodémographiques. Selon les données de la Drees, la part des personnes lourdement dépendantes vivant à domicile diminue alors que celle des personnes faiblement ou moyennement dépendantes augmente (Tableau 4 suivant). La part des personnes en GIR 1 et 2 baisse de 24% à 22% entre 2003 et 2005 tandis que celle des personnes en GIR 4 augmente de 53% à 56%³⁰. En effet avec l'âge, les personnes les plus dépendantes quittent leur domicile pour être prises en charge par des établissements

³⁰ La baisse en proportion ne signifie pas que l'effectif baisse également. Au contraire, le nombre de personnes âgées vivant à domicile, quel que soit leur GIR, augmente. Mais la croissance la plus importante est celle du GIR 4, ce qui fait diminuer la part des autres GIR.

spécialisée. Par ailleurs, le nombre de personnes moyennement ou faiblement dépendantes croît sensiblement avec l'accroissement plus rapide du nombre de sexagénaires.

Deux facteurs modifient donc en permanence la structure de la demande des services d'aide à domicile : l'arrivée sur le marché des personnes faiblement dépendantes et la sortie des personnes lourdement dépendantes. Ces deux catégories de la demande sont définies, rappelons-le, en suivant la grille AGGIR. Existe-il véritablement un lien entre le niveau de dépendance et le niveau de qualité du service ? Il est fort probable que plus la perte d'autonomie de la personne âgée est grande plus elle nécessite des services spécialisés pour sa prise en charge, donc un personnel qualifié. En se limitant à ce lien entre la dépendance et les qualifications, on peut dire que la possibilité de maintenir plus longtemps les personnes dépendantes à leur domicile dépend de la capacité de l'offre à leur proposer un personnel qualifié. Parallèlement, les organisations seraient incitées à proposer ce type de services s'il existe une demande solvable.

Tableau 4. Évolution de la structure de dépendance des allocataires de l'APA

Niveau de dépendance	2003	2007
GIR1	3%	3%
GIR2	21%	19%
GIR3	23%	22%
GIR4	53%	56%
Total	100%	100%

Source : Drees

Dans la pratique professionnelle, les qualifications utilisées par le prestataire correspondent à la nature des besoins socio-sanitaires évalués par la grille AGGIR. L'accroissement du niveau de dépendance moyen de la population âgée devrait se traduire donc par l'accroissement du niveau moyen des qualifications. En effet, les prestataires devraient augmenter le niveau de qualification de leur personnel afin de répondre au mieux aux exigences de qualité des personnes dépendantes. Par conséquence, la qualité moyenne des services d'aide à domicile devrait s'améliorer. Ceci est vrai seulement si les usagers disposent d'un revenu suffisant permettant de payer le prix de la qualité. Dans ce cas, la structure de la demande est le principal facteur intervenant dans la modification de la qualité des emplois et des services. Tant que la demande est dominée par celle provenant des personnes âgées faiblement dépendantes nécessitant des services de faibles qualifications, l'emploi et les services seraient de faible qualité. Nous rappelons que cette demande n'est pas synonyme de besoins « librement » exprimés par les personnes âgées mais elle est construite par la grille AGGIR. La modification des règles d'évaluation de cette grille est synonyme aussi de modification de la demande et de sa conséquence sur la qualité des services.

3. LA STRUCTURE DE L'OFFRE DES SERVICES DE L'AIDE À DOMICILE

Le marché des services à la personne est estimé à plus de 12 milliards d'euros en 2005 (Precepta, 2007), soit un chiffre d'affaires supérieur à celui de l'industrie textile (10,8 milliards en 2005)³¹. La forte croissance de ce secteur et l'incitation publique à investir dans ces services attirent de plus en plus d'opérateurs notamment des entreprises privées. En moyenne, 46000 emplois sont créés chaque année dans ces services depuis 2000, soit une croissance de 5,2% par an. La pénétration du marché de plus en plus forte de la part des opérateurs privés est un indice de l'attractivité des services à la personne. En cinq ans, le nombre d'entreprises privées a été multiplié par 14 (Precepta, 2007 et Agence Nationale des Services à la Personne). Cette dynamique économique s'accompagne de profondes restructurations du secteur, notamment dans le secteur des services d'aide à domicile. Certes, la professionnalisation de l'offre et la qualification des employés sont encore lentes (Verrolet, 2007), mais les stratégies de diversification des services, de regroupement des activités et de signalisation de la qualité à travers des enseignes et de labels se développent rapidement. Le marché des services d'aide à domicile – le principal segment de ce marché très hétérogène des services à la personne – est en phase de restructuration profonde.

L'offre actuelle est composée d'une multitude de prestataires avec des statuts différents. Cette diversité des statuts est le résultat de l'instrumentalisation de ces services par les différentes politiques (Enjolras, 1995, Haddad, 2003). Deux grands types d'offre sont à distinguer : le secteur des services structurés par des organisations et le secteur des services des employés individuels fournis sous la forme d'un contrat de gré à gré. Les organisations composant le premier secteur ont des statuts différents. On y trouve des établissements publics (CCAS) sous la tutelle politique du conseil municipal, des associations ayant une identité professionnelle et des valeurs propres, des organisations appartenant au secteur d'insertion et des entreprises privées. Parallèlement à cet éclatement statutaire, les organisations se différencient par la nature de leurs activités. La spécialisation sur des besoins et des publics ciblés a été longtemps la logique d'intervention des organisations d'aide à domicile. Cette logique semble être remise en cause aujourd'hui puisque les organisations évoluent vers la polyvalence et la diversification aussi bien de leurs services que des publics pris en charge.

Dans ce point, nous analysons ces différentes évolutions et les enjeux sous-jacents. D'abord, nous nous intéresserons à la structure du marché. Le rôle de la régulation dans la transformation de l'offre fera l'objet d'une analyse plus détaillée dans le chapitre II. Par la suite, nous identifions les différentes

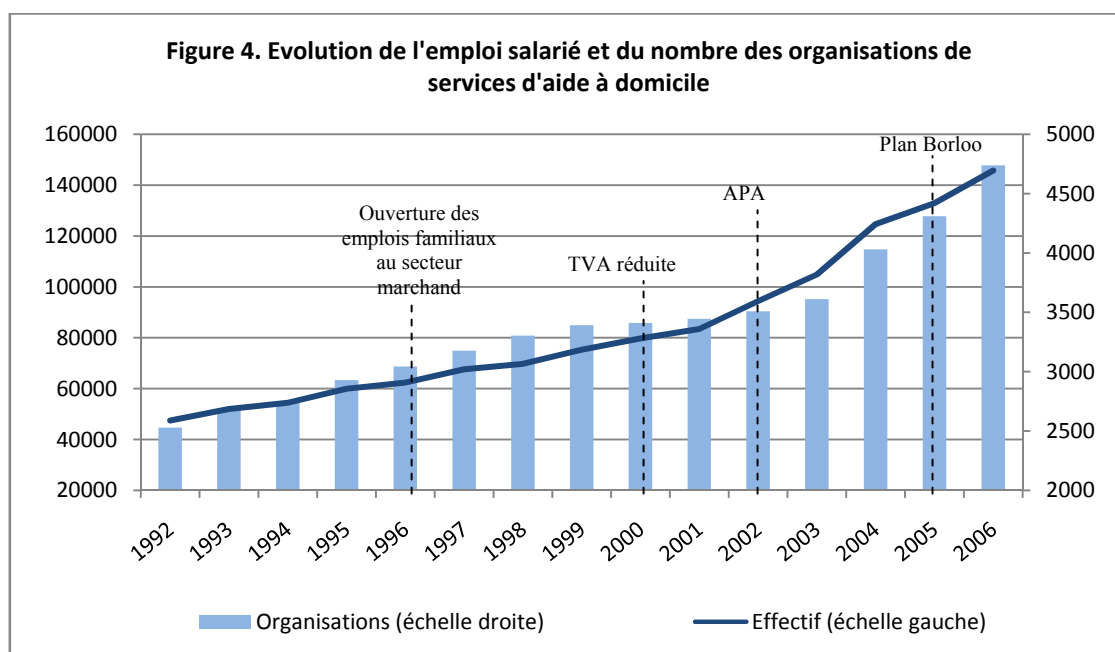
³¹ Source : Ministère de l'économie, des finances et de l'emploi, Statistiques et études industrielle (SESSI), 19/12/2007.

tendances du marché en les illustrant par quelques stratégies-types. Enfin, nous nous intéresserons à l'effet des régulations (nationales et locales) dans la configuration du marché.

3.1. Le développement du marché de l'aide à domicile

Selon les différents chiffres sur l'emploi des services d'aide à domicile publiés par l'Ircem, la DARES et l'Unedic, ce marché est en forte croissance. Mais cette croissance est différente selon le type du marché.

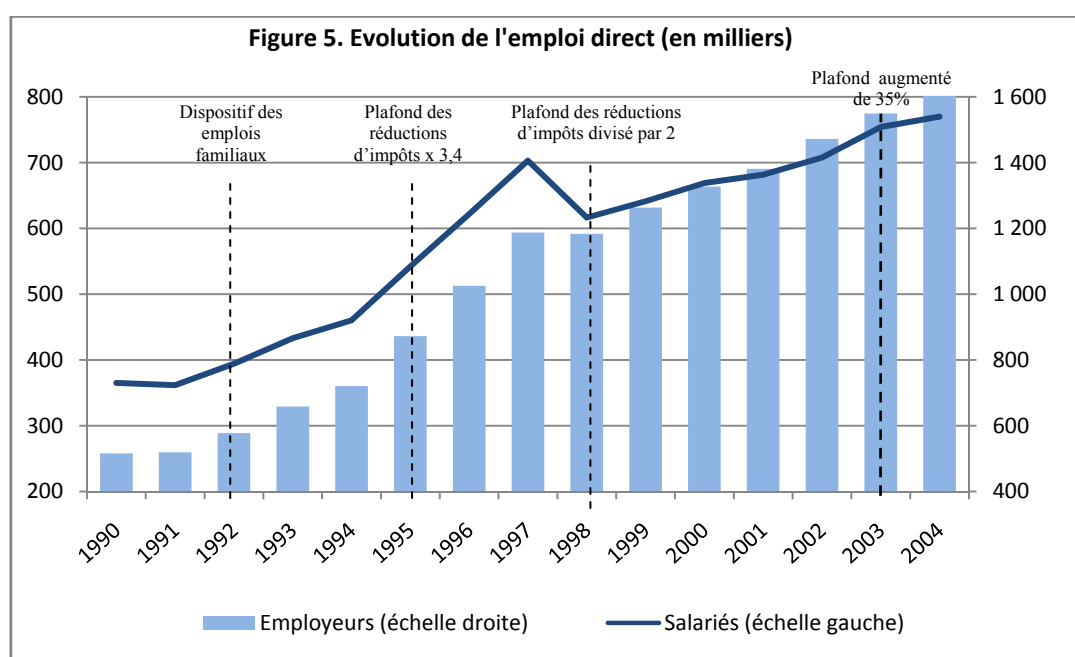
Dans le marché des services fournis par les organisations, la croissance de l'emploi est de 7,5% en moyenne annuelle entre 1992 et 2006³² (figure 4). Le rythme de croissance s'est accéléré à partir de 2002. La croissance annuelle de l'emploi passe de 6% entre 1992 et 2001 à 11,2% entre 2002 et 2005. Cette accélération s'explique essentiellement par la mise en place de l'APA en 2002.



Le nombre d'organisations suit la même tendance. Entre 1992 et 2004, ce nombre passe de 2529 organisations à 4738, soit une croissance annuelle de 3,5% (selon les chiffres de l'Unedic). A partir de 2004, le nombre de créations de structures fait un bond de 9,3% en moyenne annuelle. En 2006, suite à l'entrée en vigueur du plan Borloo, le nombre de structures fait un bond de 10%.

³² Il s'agit de la moyenne géométrique du taux de croissance annuel.

Pour sa part, le marché des services fournis en gré à gré s'est développé en deux périodes : les années quatre-vingt-dix, plus précisément la période entre 1991 et 1998, se caractérise par une expansion très forte du marché. La croissance moyenne annuelle de l'emploi dans ce marché de 10% est tirée essentiellement par les avantages fiscaux accordés dans le cadre du dispositif des emplois familiaux (dispositif entré en vigueur en 1992, cf. encadré 2). A cette période d'expansion succède la période des années 2000 où la croissance est plutôt modérée, soit un taux annuel de 3,4% (figure 5). Sur le graphique n°5 on constate une rupture de tendance en 1998. Cette date correspond justement à la réduction de moitié du plafond des réductions fiscales accordées aux particuliers employeurs de salariés à domicile. En 2005, la croissance dans ce marché a été impulsée par le CESU. Selon les chiffres publiés par l'ANSP³³, le taux de croissance de l'emploi direct est de 6,2% en 2006 et 7,2% en 2007, soit un niveau de croissance proche de celui des années quatre-vingt-dix.



Source : Ircem

3.1.1. La domination du marché de gré à gré : l'effet prix

On peut expliquer la domination du marché par l'offre de gré à gré par l'avantage de prix dont bénéficie ce type d'offre par rapport à l'offre des organisations. Cette explication est vraie si l'élasticité prix est plus forte à l'élasticité qualité dans ce marché. En effet, si les usagers sont disposés à payer le prix de la

³³ Il s'agit du nombre de personnes salariées au cours de l'année. Les données de l'Ircem sur lesquelles le graphique 5 est construit correspondent aux chiffres du 2^e trimestre.

qualité, on peut supposer que le marché sera tenu par les organisations. Ceci signifie que la qualité des services offerts par les organisations est supérieure à la qualité offerte dans le cadre de gré à gré. On peut soutenir cette idée dans la mesure où la qualité renvoie aux compétences des salariés mais aussi et surtout à la régularité des prestations. Cette dernière dimension de la qualité peut être garantie par les organisations mais difficilement par l'offre de gré à gré. Il suffit d'envisager la situation où la salariée est vacante pour constater cette différence de qualité. La prestation n'est plus assurée si elle est fournie en gré à gré puisque la salariée est vacante à l'exception des situations où les salariés dans ce marché sont parfaitement et immédiatement interchangeables³⁴. En revanche, l'organisation peut assurer la continuité du service en mettant à la disposition de l'utilisateur d'autres salariées de qualifications identiques. La régularité de la prestation est également garantie à travers les procédures de qualité qui sont *a priori* mises en place par les organisations.

Le prix dans le marché de gré à gré correspond au coût salarial. Le particulier employeur bénéficie d'une réduction d'impôts équivalente à 50% de la rémunération accordée ainsi que des exonérations de charges sociales s'il est âgé de plus de 70 ans. Selon nos estimations³⁵, le prix effectivement payé après la réduction d'impôts varie de 5,7 €/heure à 7,3 €/heure selon que la personne est âgée de plus ou moins de 70 ans. Ce prix est nettement inférieur au prix des organisations prestataires qui se situe entre 16 et 19 € (prix constatés dans la métropole lilloise en 2007). Généralement, ce sont les financeurs qui fixent ces prix quand la demande prise en charge provient des personnes âgées bénéficiaires des allocations sociales (APA et l'allocation dépendance de la CNAV). Le différentiel de prix entre l'offre des organisations et l'offre de gré à gré est estimé entre 10 à 30%³⁶.

Les chiffres sur le nombre d'heures de services montrent que plus de 74% des heures ont été effectuées par des personnes employées par des particuliers sous forme de contrats de gré à gré (tableau n°5 suivant).

³⁴ Ceci suppose que l'utilisateur peut trouver immédiatement une autre salariée qui peut assurer le remplacement de l'ancienne salariée sans que cette substitution ne modifie la qualité du service, ce qui est difficilement envisageable puisque la qualité est liée aux caractéristiques des salariées.

³⁵ Estimation fondée sur le SMIC de 2007.

³⁶ Différence de prix compte tenu de l'âge (plus au moins de 70 ans) et sans prise en compte de la réduction d'impôts.

Tableau 5. L'activité dans le secteur des services à la personne en 2005

	<i>Nombres d'heures (millions)</i>	<i>Part du marché</i>	<i>Effectif salarié</i>	<i>Part dans l'emploi total</i>
Emploi direct (hors mandat)	453	62,4%	900 368	81%
Emploi direct (sous mandat)	91	12,5%		
Organisations prestataires à but non lucratif	175,5	24,2%	194 961	17,5%
Entreprises privées à but lucratif	6,5	0,9%	16 308	1,5%
TOTAL	726	100%	1 111 637	100%

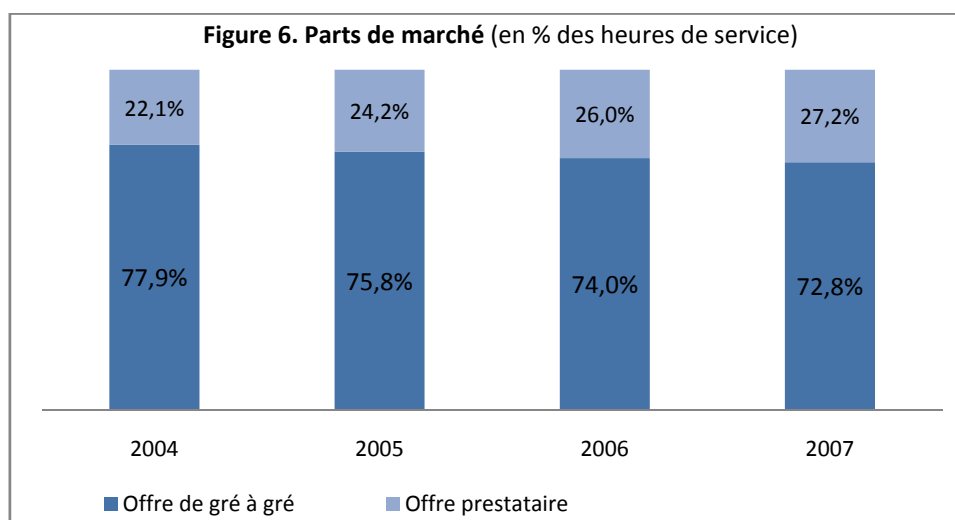
Sources : DARES, 2007.

L'offre prestataire ne représente que 25% du total des heures de service et 19% de l'emploi du secteur. Le secteur associatif est dominant sur le marché des organisations. Il représente 80% des heures effectuées. La deuxième offre prestataire la plus importante revient au secteur public avec environ 19% des heures et enfin, le secteur privé représente moins de 1%. L'offre privée marchande est certes marginale, mais elle enregistre la plus forte croissance : le nombre de salariés a été multiplié par plus de 7,5 et le nombre d'entreprises par 14 entre 2000 et 2006 (Precepta, 2007).

Le prix est-il la seule explication de ce « déséquilibre » entre l'offre prestataire et l'offre de gré à gré ? Peut-être que c'est le cas, mais d'autres facteurs peuvent aussi être à l'origine de ce déséquilibre. La réglementation moins sévère dans le marché de gré à gré est favorable à son expansion contrairement au marché des organisations où existent des barrières à l'entrée³⁷. Ce facteur institutionnel joue un rôle dans la répartition du marché. Dans certains départements, les personnes âgées lourdement dépendantes (GIR 1 et 2) sont généralement orientées par les équipes médicosociales vers l'offre prestataire agréée. Ce type d'offre serait en mesure de garantir une meilleure prise en charge de cette population fragile. Les caisses de retraite favorisent également l'offre prestataire en orientant les usagers vers les prestataires conventionnés. Ainsi, une grande partie des bénéficiaires de l'APA et des allocations accordées par les caisses de retraites sont demandeurs dans le marché des organisations. En revanche, une grande partie des personnes solvabilisées à travers la défiscalisation des revenus préfère employer un salarié à domicile plutôt que de passer par une organisation prestataire. L'écart de prix entre les deux types d'offre explique en partie ce choix.

³⁷ L'agrément qualité est obligatoire pour pouvoir intervenir auprès des personnes âgées dépendantes. Par contre, l'agrément simple est facultatif mais son obtention ouvre le droit à des réductions fiscales aux usagers, ce qui incite les organisations à le demander.

Par ailleurs, les chiffres publiés par l'ANSP et l'Ircem montrent une certaine montée en puissance des organisations. Leur part de marché en termes d'heures de services passe de 15,4% en 2000 et à 27,2% en 2007 (graphique suivant)³⁸.



Source : ANSP, Tableau de bord, mars 2008

Cette tendance peut se renforcer dans les années à venir avec la conjugaison de plusieurs facteurs :

- l'accroissement du nombre de personnes lourdement dépendantes. Cette population fragile représente la demande potentielle des organisations compte tenu des exigences de l'agrément qualité. La part des plus de 75 ans augmente plus vite que celle des moins de 75 ans. Cette tendance devrait se poursuivre dans les années à venir selon les projections de l'INSEE.
- le développement des signes de qualité peut conduire à une meilleure visibilité de la qualité des services des organisations. L'avantage qualité de ces services pourrait compenser l'avantage prix des services fournis en gré à gré.
- les stratégies de diversification entreprises par les organisations leur ouvrent d'autres marchés.
- la volonté des financeurs de maîtriser les dépenses en finançant l'offre plutôt que la demande. Cette voie est loin d'être la règle partout, mais avec la modification de la tarification de l'aide à domicile les Départements seront amenés à financer les budgets des organisations autorisées (cf. le chapitre II).

³⁸ Les chiffres avancés par les différentes sources (ANPS, DARES, Ircem et Unedic) sont différents, ce qui montre la difficulté de repérer statistiquement ces activités.

3.1.2. *Le manque de visibilité de la qualité freine le développement qualitatif de l'offre*

Le différentiel de prix n'explique pas à lui seul la domination du gré à gré. On peut avancer une autre explication que nous considérons comme étant un facteur structurel dans ces services. Il s'agit du manque de visibilité de la qualité des services des organisations. Nous pensons que l'avantage qualité des organisations ne compense pas totalement leur désavantage de prix par rapport à l'offre de gré à gré non pas parce que cette qualité est faible mais parce qu'elle est méconnue des usagers. Puisque cette qualité est mal définie et par conséquent insuffisamment identifiée par les usagers, ceux-ci l'apprécient subjectivement. Dans plusieurs situations, ils ne disposent d'aucun indicateur objectif leur permettant d'apprécier la qualité des services à leur juste valeur. Quand une organisation est certifiée, cela permet une meilleure visibilité de sa qualité. Ceci n'est pas le cas de l'immense majorité des organisations puisque moins de 2% de l'offre est labélisée. Le « bouche à oreille » est par conséquent le moyen par lequel les personnes âgées évaluent la qualité des prestataires. Cette évaluation n'est possible que si la personne âgée est entourée de personnes capables de l'informer. Or, une grande partie de cette population vit dans l'isolement ou ne connaît aucune personne pouvant l'informer sur l'aide à domicile et, *a fortiori*, sur les différences de qualités. Pour cette population, les services sociaux de la mairie et du Département ou le personnel médical sont les seules sources d'information. En revanche, ces tiers ne peuvent remplir cette mission d'information et d'orientation que si la personne âgée en fait la demande. Autrement dit, c'est la personne âgée qui doit aller chercher l'information. De ce fait, l'information sur la qualité est non seulement rare mais elle a un coût. Ceci est complètement incompatible avec les postulats de la théorie standard du marché selon laquelle l'information sur la qualité est supposée gratuite et accessible.

Nous soutenons donc l'idée selon laquelle la différence de prix entre le service des organisations et le service d'un employé de gré à gré peut apparaître pour plusieurs usagers injustifiée puisque la différence de qualité est peu visible. Par conséquent, on peut résumer le choix de la personne âgée sous forme d'un arbitrage entre un service de gré à gré de faible qualité mais peu cher et un service d'une organisation plus cher mais d'une qualité « indéfinie » donc incertaine. L'usager accepte de payer la différence de prix si son incertitude sur la qualité des organisations est faible. Cela dépend de son degré d'information sur cette qualité et surtout du poids de la qualité dans sa demande. Autrement dit, les personnes dépendantes dont l'exigence de qualité est élevée seraient amenées à prendre le risque de payer un prix élevé même si elles sont incertaines sur la qualité. On peut expliquer ce comportement à travers la garantie de la continuité de la prestation que peut offrir l'organisation. Cet aspect de la qualité est moins incertain puisque l'engagement éthique et professionnel des organisations peut en être une garantie suffisante. Par ailleurs, on peut supposer que pour une grande partie des personnes modérément dépendantes ou autonomes ainsi que pour les personnes vivant avec un conjoint ou aidées souvent par la famille, l'écart

entre la qualité réelle des organisations et la qualité évaluée subjectivement par ces personnes ne justifie pas le prix à payer.

3.1.3. Une offre évoluant sur des marchés différents

A première vue, l'offre de services d'aide à domicile apparaît comme un secteur facilement identifiable puisque la distinction souvent retenue est celle qui oppose l'offre prestataire (des organisations) à l'offre directe (de gré à gré). En réalité, ce champ est très éclaté. Au sein de l'offre prestataire, les formes d'organisations sont très disparates. L'étude dirigée par Claude Martin (2004) montre bien que les organisations sont impulsées par des dynamiques différentes susceptibles de les faire évoluer vers des formes nouvelles³⁹. Trois principales dynamiques sont identifiées :

- la dynamique d'autonomie de certaines organisations vis-à-vis des acteurs institutionnels traditionnels (fédérations et institutions publiques). L'objectif recherché est d'occuper une place dans l'offre locale en s'imposant comme un acteur à part entière (op.cit.) ;
- la dynamique d'intégration des petites structures dans l'objectif de construire une offre locale regroupée et efficace ;
- la dynamique de réseau conduisant les organisations, tous statuts confondus, à travailler en partenariat et construire une offre structurée au niveau local (réseaux départementaux, plateformes, etc.).

Ces dynamiques peuvent modifier le fonctionnement du marché. Dans ce point, nous poursuivons l'objectif de caractériser non pas l'offre mais les marchés où celle-ci évolue. D'abord, nous distinguons quatre marchés selon l'identité des offreurs : le marché d'organisations réglementées, le marché d'organisations non réglementées, le marché de services de gré à gré et enfin, le marché informel (Haddad, 2003). Ensuite, nous analysons le type de concurrence dans chaque marché en s'intéressant à la formation des prix et le moyen par lequel la concurrence s'exerce.

³⁹ Les principaux résultats de l'étude ont fait l'objet d'un article dans la revue de la Drees *Etudes et Résultats*. cf. Rivard T., (2006), « Les services d'aide à domicile dans le contexte de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie », *Etudes et Résultats*, n°460.

3.1.3.1. Le marché d'organisations réglementées

Ce marché est constitué de l'ensemble des organisations prestataires ayant l'une des trois propriétés suivantes :

- a) être lié par une convention d'objectifs ou de financement avec les financeurs,
- b) son activité s'inscrit dans le champ de l'agrément simple ou de l'agrément qualité,
- c) avoir le statut d'établissement public comme les CCAS.

Le prix « affiché » sur ce marché est un prix unique fixé par les financeurs. Le prix payé par les usagers correspond au prix affiché déduit éventuellement des aides financières dont ils bénéficient. Ce marché fonctionne souvent par des partenariats entre les différents acteurs et dans certains cas, il est organisé sous forme de partage géographique de la demande (cf. le point III). De ce fait, la concurrence entre les organisations de même statut est moins intense. Par ailleurs, la concurrence est très forte entre les organisations de statuts différents, notamment entre l'offre marchande et l'offre non marchande. Le positionnement stratégique des organisations fait émerger des dynamiques diverses. Nous retrouvons les dynamiques exposées plus haut mais aussi une autre dynamique de diversification des activités et des publics. Suivant cette stratégie, les organisations d'aide à domicile tentent d'occuper plusieurs segments de marché en même temps.

La coordination sur ce marché est particulière. Elle est caractérisée par le libre choix des usagers, une sectorisation du marché dans le cadre d'un partenariat multipartite et enfin, l'intermédiation entre l'offre et la demande par des plateformes publiques ou privées. Un certain niveau de qualité de l'offre est, *a priori*, garanti par l'agrément, par des règles prédéfinies dans l'accord de partenariat ou à travers des labels de qualité.

3.1.3.2. Le marché d'organisations non réglementées

L'offre est composée de structures privées (associatives et commerciales) qui ne sont ni conventionnées ni agréées. Elles ne bénéficient pas des exonérations de charges sociales mais sont totalement libres de fixer leurs prix. Elles bénéficient également de la liberté de fournir n'importe quel service du moment qu'elles ne sont pas tenues par l'obligation de l'agrément. Cependant, les clients ne bénéficient pas de réductions d'impôts. Deux types d'offre coexistent : une offre marchande fortement structurée par les réseaux de franchises et une offre privée classique. Sur ce marché, la concurrence est très forte entre les différents réseaux d'une part, et entre les réseaux et l'offre classique d'autre part. La coordination s'effectue par les mécanismes traditionnels du marché : le prix et la qualité. Sur ce marché, la communication est très dynamique. En effet, les entreprises privées mettent beaucoup de moyens pour

faire connaître leur offre et leur qualité. Pour rattraper leur retard par rapport au secteur associatif, les entreprises privées communiquent sur leur offre via la publicité et internet. L'objectif est de s'identifier sur des niches de marchés que l'offre marchande a délaissées (services d'aide au ménage, d'entretien et de petit bricolage, aide en dehors du domicile, etc.)

Compte tenu des incitations fiscales, ce marché non réglementé serait en voie d'intégration dans le marché réglementé. En effet, le faible investissement dans l'acquisition de l'agrément simple, voire même de l'agrément qualité pour certaines organisations, et les avantages fiscaux des différents dispositifs réglementaires incitent les organisations à évoluer vers le marché réglementé. L'intégration de cette offre dans le marché réglementé s'accompagne par l'introduction de nouvelles pratiques dans la prestation de service d'aide à domicile. En effet, comme le notent François-Xavier Devetter et Sandrine Rousseau (2007), les entreprises privées ont fait émerger une démarche industrielle innovante consistant à dépersonnaliser la relation de service. Elle se traduit dans la pratique par la spécialisation dans les tâches les plus techniques facilement standardisables de surcroît en les séparant des tâches nécessitant l'interactivité avec les personnes aidées (aide à la personne).

3.1.3.3. Le marché des intervenants directs ou de gré à gré

On distingue les contrats de gré à gré purs, c'est-à-dire sans l'intermédiation d'une structure mandataire et les contrats de gré à gré avec un intermédiaire. L'intermédiaire, appelé le mandataire, est souvent une association qui gère la relation salariale pour le compte du particulier employeur. Le prix sur ce marché correspond au coût salarial de l'employé, généralement le SMIC déduit des réductions d'impôts et éventuellement des exonérations de charges patronales de sécurité sociale. Dans certaines situations, le prix peut également être négocié entre l'employé et le particulier employeur. La négociation peut avoir pour objet le salaire mais aussi la part du contrat à déclarer aux URSSAF et l'autre part à gérer dans la sphère informelle. Le CESU tend à devenir, depuis sa mise en place en 2005, le principal outil de coordination entre l'offre et la demande. Il est souvent à la fois un contrat de travail et un moyen de paiement. Il simplifie ainsi les modalités du recours à l'offre de gré à gré. La fluidité de la coordination organisée dans le cadre des réseaux de sociabilité est également une source d'avantages préférentiels de ce type d'offre. En effet, aucune démarche administrative ou presque n'est nécessaire pour bénéficier du service. Il suffit à l'usager de trouver une personne « digne de confiance » pour que la prestation puisse démarrer. A l'inverse, l'interruption de la prestation, donc du contrat de travail, est sans contrainte pour l'usager.

3.1.3.4. Le marché informel (travail au noir)

Ce marché fonctionne de la même manière que le marché de gré à gré sauf que la coordination ne s'appuie sur aucun contrat écrit. Elle est implicite et fondée sur la confiance. Le prix est négocié directement par un système d'équivalence. La base de négociation est le SMIC hors charges sociales, auquel éventuellement s'ajoutent ou s'amputent les éléments de rémunérations suivants : la prime de confiance, la prime de parenté (si la personne est proche) et la prime d'expérience (si la personne a une expérience dans l'aide à domicile). Sans la confiance, la rencontre entre les deux parties de l'échange est complètement incertaine puisque les deux parties ne sont tenues par aucune obligation légale.

Tableau 6. Propriétés des marchés de services de l'aide à domicile

<i>Types de marchés</i>	<i>Type d'offre</i>	<i>Formation des prix</i>	<i>Fonctionnement du marché</i>	<i>Mécanismes de coordination dominants</i>
Marché d'organisations réglementées	Associations, service public et entreprises	Fixé en fonction du revenu, de l'âge et du niveau de dépendance	Monopoles géographiques, partenariats ou faible concurrence par les prix	Intermédiation, partage du marché, libre choix, règles
Marché d'organisations non réglementées	Associations et entreprises	Prix libres	Concurrence très intense	Les mécanismes du marché
Marché de gré à gré formel	Individus	Prix quasiment fixes : SMIC ou la valeur faciale du CESU	Faible concurrence mais vraisemblablement plus élevée que sur le marché informel	Réseaux de sociabilité garantissant la confiance
Marché informel	Individus	Prix négociés	Faible concurrence ?	Réseaux de sociabilité garantissant la confiance

Source : adapté de Haddad, 2003

3.2. La configuration de l'offre : diversité et invisibilité

Nous avons montré dans le point précédent que les deux types d'offre, l'offre structurée par des organisations prestataires et l'offre directe dans le cadre du gré à gré, évoluent au moins sur quatre marchés différents. Au sein de chaque type d'offre il existe des formes de prestation de services assez différentes les unes des autres. Notre étude s'est concentrée essentiellement sur l'offre des organisations. Il existe plusieurs formes d'organisations prestataires fonctionnant avec des logiques spécifiques et confrontées à des règles institutionnelles diverses. Cette diversité des *formes institutionnelles de l'offre* pose le problème de sa visibilité et de son identification sur le marché.

3.2.1. L'offre des services structurés : des formes d'organisations diverses

Cette offre est composée de trois types d'organisation : les organisations du tiers secteur, celles du secteur public et celles du secteur privé lucratif (ou marchand). Cette distinction est généralement fondée sur la

conception du « choix institutionnel ». La présence de chaque secteur est déterminée par des intérêts présumés : la solidarité pour le secteur non marchand et le profit pour le secteur marchand. Le secteur associatif est légitimé par le caractère non lucratif de son activité vecteur privilégié de la confiance (Laville, 2006), et surtout par la présence des asymétries informationnelles qui limitent le déploiement de la logique marchande, notamment dans les activités à forte dimension relationnelle (Enjolras, 1995).

Chaque secteur est historiquement marqué par une logique spécifique de fonctionnement à travers laquelle les acteurs, notamment les usagers, les identifient. Nous pouvons identifier ces logiques dans les discours des acteurs : le « savoir faire » dans l'aide à domicile acquis depuis des années et notamment la proximité avec les usagers sont des valeurs revendiquées souvent par les associations, la recherche de l'équité dans le traitement de la demande et la couverture optimale des besoins locaux font partie des principales valeurs de l'offre publique, et enfin, l'efficacité technique et la garantie de la liberté du choix de l'utilisateur sont mises en valeur dans les discours et la stratégie de communication des entreprises privées. Bien évidemment, cette caractérisation de l'offre est très schématique, mais ce que nous voulons préciser ici est le fait que les différents types d'offre mettent en avant leur identité professionnelle et politique pour justifier leur différence.

La caractéristique commune à ces trois statuts est l'encadrement des relations professionnelles (salarié-employé) par des règles collectives (accords de branche et statuts de la fonction publique). Ce cadre juridique laisse entrevoir la possibilité de la professionnalisation de l'offre notamment par la qualification des emplois. Cette professionnalisation élève le coût du service mais améliore la qualité de l'offre. À terme, elle peut modifier les rapports de concurrence en creusant l'écart du rapport qualité-prix entre l'offre de services prestataires et l'offre de gré à gré. Par ailleurs, il convient de prendre en compte les autres dynamiques qui au contraire rapprochent ce rapport entre les deux types d'offre. Nous pensons précisément à la logique d'industrialisation ou de « technicisation » des services qui risque de réduire la dimension relationnelle du service⁴⁰.

3.2.1.1. L'offre du secteur associatif

Ce secteur est très divers. Il est composé de plusieurs types d'associations dont l'intervention dans l'aide à domicile prend des formes différentes. Comme différences, on peut noter l'identité professionnelle des associations, la nature de leur financement, la nature de leurs partenariats et enfin, leur activité principale. On distingue trois types d'associations : les associations prestataires de services, les associations mandataires et les associations de prêt de main d'œuvre ou d'insertion.

⁴⁰ Nous reviendrons en détail sur ce point dans le chapitre VII.

Les associations prestataires constituent le noyau central de ce secteur. Elles fournissent les services en utilisant leurs moyens et leurs personnels. Les intervenants à domicile sont des salariés de ces associations. La grande majorité de ces employés, soit environ 80%⁴¹, ont une faible ou aucune qualification. Le salaire horaire de cette catégorie d'employés se situe au niveau du SMIC. Même si l'accord de branche unique⁴² signé en 2002 prévoit un avancement du salaire avec l'ancienneté, le salaire horaire conventionnel reste au niveau du SMIC pour un salarié de 3 ans d'ancienneté. Néanmoins, ce cadre juridique a le mérite de définir des règles de prestation de service communes à l'ensemble des signataires de l'accord. Il instaure en effet une organisation interne du travail en définissant les missions en fonction de qualifications nécessaires et de la nature des besoins des personnes âgées.

Le secteur associatif bénéficie de fonds publics pour la professionnalisation de l'activité. Le bénéfice de ce financement est conditionné par une convention ou un accord de partenariat entre les financeurs et les acteurs partenaires (Conseil Général, la CAF, la caisse de retraite, etc.). C'est dans cette convention que le prix et les engagements de qualités sont fixés.

La particularité des associations prestataires est leur capacité à établir des relations partenariales avec les différents acteurs notamment avec les institutions politiques locales, le personnel de santé et plus généralement avec les acteurs associatifs. Au fil du temps, les associations ont mis au point des stratégies d'intégration performantes où la proximité, la confiance et la réputation sont des valeurs importantes. C'est autour de celles-ci que les associations ont pu construire leurs réseaux d'échange (au sens de Karpik, 1989). La mairie, la médecine de ville et les hôpitaux sont des pourvoyeurs de la demande. Être référencé au sein de ces institutions permet aux associations de promouvoir leur réputation.

Les associations mandataires : le statut du mandataire est créé en 1987⁴³ avec le double objectif de contrôler l'expansion du secteur de gré à gré et d'équilibrer la concurrence entre ce dernier et le secteur prestataire. Une association mandataire est une structure dont l'activité consiste à placer des employés individuels chez des particuliers. Ces derniers sont employeurs des salariés placés alors que dans l'offre prestataire les employés sont salariés des organisations. L'association gère la relation de l'emploi (établissement du contrat, déclaration URSSAF) et en contrepartie, les particuliers employeurs contribuent aux frais de gestion en s'acquittant d'un tarif. Les intervenants sont des employés individuels dont le salaire est équivalent au SMIC. Les relations salariales sont gérées selon les termes de la

⁴¹ Sur un échantillon de 90 associations dans le Département du Nord, la proportion du personnel sans qualification avoisine les 72% et celle du personnel très faiblement qualifié est de 10% (Source : Sydo, rapport d'activité 2004).

⁴² Avant 2002, il existait trois principales conventions collectives dans l'aide à domicile. L'accord de branche de mars 2002, étendu à toutes les organisations de la branche en 2003, fournit un cadre conventionnel uniforme.

⁴³ Certains auteurs affirment que ce statut fut créé dès 1984 mais que son développement est perceptible qu'à partir de 1987 suite au dispositif d'exonération de charges sociales (Laville et Nyssens, 2002, p. 30).

convention des Particuliers-employeurs et non pas par l'accord de branche de mars 2003. La couverture sociale ainsi que les salaires sont différents selon l'une ou l'autre convention. Par conséquent, le coût de revient est nettement moins élevé dans les associations mandataires que dans les organisations prestataires.

L'intervention de ces associations est complémentaire aux interventions des associations prestataires. Elles fournissent essentiellement des services de garde à domicile de nuit et pendant le week-end. Ces services sont peu développés par les associations prestataires en raison de leur coût élevé. Par conséquent, une grande majorité de ces dernières ont créé des services mandataires afin de répondre à cette demande. Ce constat semble être une tendance quasi-générale dans l'aide à domicile (Bas-Théron, Roquel, Salzberg, 1997). Notre enquête révèle que toutes les associations de notre échantillon ont ce double statut de prestataire et de mandataire. Il est fréquent alors de trouver des employés qui exercent en prestataire et en mandataire. On estime à 20% environ le nombre de ces employés⁴⁴.

Les Associations Intermédiaires (AI) et Entreprises d'Insertion (EI) : les AI sont créées en 1987 et leur activité consiste à prêter la main d'œuvre aux particuliers ou aux organisations. L'employé prêté est salarié de l'association intermédiaire et non pas des utilisateurs. Les EI, créées en 1988, fonctionnent avec le même principe. La différence avec les AI se situe dans le statut juridique de la structure. Ces structures d'insertion sont créées dans le souci de répondre à des besoins peu ou pas pris en charge par l'Etat ou le secteur privé. Mais en réalité leur existence est justifiée par leur mission d'insertion professionnelle et sociale des personnes en difficulté d'emploi. Leur champ d'intervention est très large et ne se limite pas uniquement à l'aide à domicile. Leur développement est assuré par des exonérations de charges sociales et des subventions à l'emploi. Les utilisateurs de cette main d'œuvre bénéficient des réductions fiscales accordées dans le cadre du dispositif du CESU. Le prix réel du service dans ce secteur correspond au SMIC déduit des différentes exonérations de charges sociales et de la réduction d'impôt. En outre, une partie du coût salarial est subventionné dans le cadre des politiques d'insertion par l'activité économique (DDTEFP, Conseil Régional, FSE, etc.). Le prix de ce type d'offre est par conséquent nettement inférieur au prix des associations prestataires et mandataires. L'offre des associations intermédiaires est dans une certaine mesure concurrentielle à l'offre classique de l'aide à domicile. En revanche, comme pour le mandataire, les associations prestataires souvent se sont impliquées dans la promotion des associations intermédiaires (Enjolras et Laville, 2002. p. 31). L'objectif recherché est d'avoir un meilleur déploiement au niveau local en assurant une offre optimale. Couvrir les différents besoins exprimés par la population en créant ces associations est « une stratégie de déploiement propre à chaque structure » (*id.* p. 32).

⁴⁴ Cette estimation est fondée sur l'enquête effectuée en 2005-2006 par l'ORSEU. Cette enquête sur « les services relationnels innovants » est effectuée dans le cadre du 5^e programme cadre de la DG de recherche de la Commission Européenne.

Encadré 2. Le dispositif Emplois familiaux

Les ménages qui souhaitent recruter un salarié à domicile peuvent procéder directement ou mandater un organisme agréé de services aux personnes. Ils peuvent également s'adresser à l'un de ces organismes pour la fourniture de prestations de même nature, tout en bénéficiant d'un avantage fiscal identique. Quand ils sont eux-mêmes employeurs, les particuliers peuvent choisir, depuis 1995, entre deux modes de rémunération des salariés. Le système «classique» reposant sur l'établissement de bulletins de paye traditionnels et de déclarations trimestrielles à une URSSAF, d'une part, le système du chèque emploi-service universel (CESU), d'autre part. Dans ce second cas, les formalités administratives, prises en charge par un organisme national créé à cet effet, sont fortement simplifiées pour l'employeur. D'un usage limité à huit heures hebdomadaires pendant sa phase expérimentale (1995), le CESU (anciennement, le CES, Chèque Emploi Service) est, depuis 1996, utilisable sans limitation horaire. Pour les emplois dont la durée excède huit heures par semaine ou quatre semaines consécutives par an, l'employeur est toutefois tenu d'établir un contrat de travail écrit.

Avantages fiscaux et exonérations

Les ménages employeurs peuvent bénéficier d'une réduction d'impôt représentant 50% de la dépense totale annuelle (salaires et charges sociales). Le plafond de dépense attaché à cette réduction, fixé initialement à 25000F puis à 26 000 F en 1993, avait été porté à 90 000 F en 1995. Il a été diminué de moitié (45 000 F soit 6 860 €) en 1998. En 2006, il a été porté à 12000€.

Outre la réduction d'impôt, les familles souhaitant faire garder à domicile leurs enfants de moins de 6 ans peuvent bénéficier de l'APJE (Allocation de garde pour les Jeunes Enfants). Les personnes âgées de plus de 60 ans peuvent utiliser l'APA (Allocation Personnalisée pour l'Autonomie), s'ils sont bénéficiaires, pour rémunérer leur employé à domicile. C'est également le même cas pour les personnes handicapées bénéficiaires de l'ACTP (Allocation Compensatrice pour l'emploi d'une Tierce Personne).

Parallèlement, la rémunération d'une aide à domicile pour les personnes âgées de plus de 70 ans ou les personnes dépendantes de moins de 70 ans bénéficie, depuis 1987, d'une exonération totale de charges patronales de sécurité sociale. Ces exonérations sont élargies depuis 1999 au secteur des organisations prestataires agréées sous condition que l'employé soit en CDI. Le plafond de rémunération exonérée est fixé à 65 fois la valeur du SMIC horaire par mois, pour une personne aidée.

Le CESU

Depuis 2006, le CESU, est un moyen de paiement qui peut être utilisé par les particuliers employeurs pour rémunérer leur employé à domicile et par les Comités d'Entreprises de la même manière que les chèques restaurants. Le CESU est conçu sous deux formes : un chèque abondé par une tierce-personne, par exemple par une entreprise qui l'accorde à ses salariées au titre des avantages sociaux, et un chèque non abondé servant d'un moyen de paiement fournis par les établissements financiers agréés.

Source : Adjerad, DARES, 2003, complété par l'auteur.

3.2.1.2. L'offre du secteur public

Ce secteur est composé essentiellement des Centres Communaux de l'Action Sociale (CCAS). Ce sont des établissements à statut public gérés par les communes. Dans le cadre de leur compétence facultative en matière d'action sociale, les communes peuvent fournir des services de l'aide à domicile. Certains CCAS sont spécialisés dans l'aide à domicile et d'autres non. On constate deux types de politiques sociales locales :

- l'une consiste à assurer une prise en charge de qualité des besoins des personnes âgées dépendantes. Cette politique est fondée sur la logique de fourniture de service public de proximité (Haddad, 2003). Le CCAS est alors spécialisé sur le public fragile en fournissant une gamme de services de qualité : une aide à domicile qualifiée complétée par des soins à domicile, accueil temporaire et permanent dans des structures d'hébergement. D'autres services additifs peuvent venir compléter cette gamme comme le transport adapté, la restauration à domicile, la réparation du domicile, etc. Le coût de la diversité et de la qualité des services du CCAS est pris en charge par le budget de la mairie. L'offre du CCAS est alors considérée comme concurrentielle de celle du secteur privé spécialisé dans ces services.
- l'autre politique est minimaliste. La mission du CCAS se limite à apporter une aide ménagère. Ces services sont destinés aussi bien aux personnes âgées qu'aux personnes actives. Cette offre publique de services d'aide ménagère est complétée par l'offre généralement associative de services d'aide à l'hygiène et de services socio-sanitaires au profit des personnes dépendantes. Cette dernière catégorie de personnes est orientée par le CCAS vers les structures spécialisées et plus souvent vers des associations partenaires.

L'option de la mairie pour l'une ou l'autre régulation locale dépend des choix politiques du Conseil Municipal et du poids du facteur démographique. Dans certaines communes, le CCAS ne fournit pas de services aux personnes âgées. La commune préfère externaliser ces services vers le secteur privé. Dans d'autres communes, les services de l'aide à domicile fournis par les CCAS sont de nature différente en fonction de l'option politique de la mairie. L'offre des CCAS peut donc être concurrentielle ou complémentaire à celle du secteur privé.

3.2.1.3. L'offre du secteur marchand (secteur des entreprises commerciales)

Les entreprises sont en général des organisations de petite taille, ce qui leur permet de réduire leur coût de fonctionnement et d'avoir un avantage compétitif. Elles se développent en réseaux nationaux voire internationaux par un système de franchises. Ces réseaux ont beaucoup investi dans la communication et dans la qualité. C'est le cas de la norme de qualité Qualicert par laquelle les entreprises adhérentes au SESP (syndicat des entreprises de services à la personne) s'identifient. L'autre particularité de ce secteur est la polyvalence des services offerts. Leur activité couvre aussi bien les besoins d'aide à domicile aux personnes dépendantes et aux ménages que les besoins périphériques plus rentables. Plus de 60% des entreprises privées sont spécialisées dans ce dernier type de services (Precepta, 2007). Il s'agit notamment des besoins en matière de jardinage, d'entretien et réparation, de transport, de services périscolaires, etc. Les quatre entreprises que nous avons étudiées présentent cette particularité. Leur stratégie consiste à prendre en charge ces besoins souvent latents en s'appuyant sur des services classiques de maintien à domicile.

Ce secteur se développe à un rythme élevé et cela à partir de 1996. En élargissant le taux de TVA réduite au secteur des entreprises, le gouvernement a levé les dernières distorsions à la concurrence entre le secteur non marchand et le secteur marchand. Actuellement, ce dernier représente une partie marginale du marché (moins de 1% environ) mais enregistre un taux de croissance annuel dépassant les deux chiffres. En 2006, on compte plus de 2780 entreprises, soit une croissance de 147% par rapport à 2005 (Precepta, op.cit.).

Les services fournis par les organisations quelque soit leur statut, associatif, public ou marchand, sont des services distincts de ceux fournis par les employés individuels. Un service structuré est par définition un service qui garantit la continuité de la prestation. En cas d'absence de l'intervenant habituel, l'organisation est tenue de trouver un remplaçant. En outre, en cas d'évolution des besoins de la personne aidée suite à la dégradation de sa santé par exemple, l'organisation peut adapter le service à cette évolution. L'adaptation peut consister à remplacer l'employé habituel par un autre employé plus qualifié ou en accompagnant le service d'aide ménagère par une prestation d'aide à la personne ou de soins à domicile par exemple. La continuité de la prestation et l'adaptabilité du service sont deux aspects qualitatifs qui font la différence entre les services structurés et les services de gré à gré.

3.2.2. Les services directs fournis par des employés individuels : le contrat de « gré à gré »

Ce type d'offre trouve son origine dans la domesticité (Haddad, 2003, p.134). Son développement est soutenu par les réductions d'impôt accordées aux particuliers-employeurs. Les services qui sont développés dans le cadre de cette offre sont ceux définis par le dispositif des emplois familiaux instituant la réduction d'impôt. Ce dispositif définit deux types de services que les employés individuels peuvent fournir : les services d'aide ménagère à destination des personnes dépendantes ou actives et les services de garde d'enfants âgés entre 3 et 6 ans. Outre la réduction d'impôt, les particuliers employeurs peuvent bénéficier des allocations accordées dans le cadre de la politique sociale⁴⁵ (APA, ACTP et PAJE).

Le contrat de prestation peut avoir la forme d'un contrat de gré à gré, c'est-à-dire un contrat entre l'employé et le particulier employeur, ou passer par une association mandataire qui fait de l'intermédiation entre le particulier et l'employé. Dans le premier cas, le particulier employeur établit un contrat de travail et fait sa déclaration à l'Urssaf ou utilise le CESU le dispensant de ces contraintes. La grande majorité des particuliers utilise ce dernier moyen. Sur 1,7 millions de particuliers employeurs, un peu plus de 1 million, soit 62%, ont utilisé le CESU en 2004 (Chol, 2006). Les employés individuels sont

⁴⁵ Les deux modes de solvabilisation (réduction d'impôts et allocation sociale) ne sont pas cumulables.

en grande majorité sans qualifications. Leur rémunération est équivalente au SMIC. En tenant compte de la défiscalisation du revenu, le prix de ces services est égal à la moitié du coût salarial. Ce prix est minoré quand le particulier employeur est âgé de plus de 70 ans, puisque ce dernier bénéficie de l'exonération des charges patronales.

Au sein du secteur des services de gré à gré, la concurrence s'effectue en quelque sorte par la qualité (Haddad, 2003, p. 137). Celle-ci n'est pas formalisée en tant que signal observable sur le marché. Elle est identifiée à travers les caractéristiques individuelles des employés. Ces qualités peuvent être qualifiées de qualités de *permanences* au sens de Boltanski et Thévenot (1991). Elles désignent le savoir faire, les qualités personnelles telle que la confiance, l'écoute, le savoir être, etc. acquises dans la sphère privée en plus des qualités professionnelles. Le signalement de ces qualités fait défaut dans la mesure où elles ne sont pas observables *ex ante*. C'est exactement le même problème que rencontre la coordination dans le secteur des organisations. Ni les prix ni la qualité ne peuvent être des instruments de coordination. Et pourtant ces marchés fonctionnent et se développent.

La difficulté de coordination sur ce marché est résolue dans le cadre des réseaux de sociabilité. En effet, les particuliers se fient aux expériences des autres en s'adressant à leur entourage immédiat. Ce cas de figure suppose l'existence de personnes qui peuvent l'informer et la confiance suffisante accordée aux jugements de ces personnes tierces. L'autre solution est de contacter les acteurs intermédiaires tels que la mairie ou le service public de l'emploi (ANPE, Mission Locale, PLIE, etc.). Les employés indépendants se signalent en empruntant les mêmes voies. Ils promeuvent leur réputation auprès de l'entourage, auprès des personnes qu'ils aident ou en déposant des annonces de demande d'emploi auprès du SPE. D'autres espaces plus informels sont investis par les employés individuels et les particuliers pour signaler leur demande ou leur offre. Il s'agit des espaces généralement privés aménagés pour déposer une annonce. C'est le cas par exemple des petites annonces déposées chez l'épicier du coin, dans le Centre Social ou sur internet. D'autres pratiques de ce type peuvent émaner des institutions. Certaines mairies sélectionnent les bons profils et effectuent la coordination entre l'offre et la demande (Haddad, 2003, p. 138). Rappelons que les associations mandataires peuvent également assurer cette mission d'intermédiation. D'ailleurs, environs 20% des particuliers employeurs en 2004 sont passés par les associations mandataires pour recruter un employé à domicile (Chol, 2006).

4. DES DIFFÉRENCES QUALITATIVES RÉELLES MAIS PEU VISIBLES

Plusieurs études ont insisté sur le fait que l'offre dans les services à la personne est insuffisamment structurée. Le manque de visibilité de l'offre freine la demande selon l'étude du groupe bancaire Crédit agricole (2006) et agit négativement sur le libre choix selon le rapport du Centre d'analyse stratégique (2006). De son côté le rapport du Conseil d'Analyse Economique (2005) insiste sur la perte de productivité, donc du potentiel de développement, due à l'organisation non optimale du secteur (Cahuc et Debonneuil, 2005). Sur un autre registre, le rapport du Conseil Economique et Social (2007) et celui de la Cour des Comptes (2005) pointent les effets de l'éparpillement de l'offre sur la demande. L'offre est émiettée entre une multitude d'opérateurs, souvent peu connus du grand public et difficilement identifiables note le rapport du Conseil Economique et Social (Verollet, 2007).

Ces carences structurelles du secteur résultent d'un problème majeur qui est le manque d'information sur la qualité. Il est vrai qu'avec la mise en place en 2005 du plan de développement des services à la personne, des centaines de petites entreprises ont été créées. La multiplication de l'offre ne doit pas poser de problèmes pour les usagers puisque cela permettrait plus de choix et plus de flexibilité dans le fonctionnement du marché. Mais le vrai problème est l'incapacité des usagers à identifier les différences de qualité. En l'état actuel de l'organisation du marché, les dispositifs pouvant traduire ces différenciations sont peu développés. Ni les prix, ni les règles de qualité ne sont capables de différencier qualitativement les prestataires⁴⁶.

Dans les études citées précédemment, la comparaison entre les différentes formes d'offre est souvent opérée entre l'offre prestataire, l'offre mandataire, l'offre de gré à gré et le prêt de main d'œuvre (offre des associations intermédiaires). La différenciation qualitative entre ces formes d'offre est réelle. On peut distinguer par exemple l'offre agréée et l'offre non agréée. La continuité du service que garantit l'offre des organisations prestataire est un autre élément de différenciation qualitative par rapport à l'offre de gré à gré. Cette garantie est un engagement contractuel et moral. Ces différenciations institutionnalisées par l'agrément ou par les autres dispositifs de régulation permet donc aux personnes âgées d'effectuer leur choix entre les quatre formes d'offre. En revanche, le problème resurgit quand l'utilisateur est appelé à faire son choix dans le marché des services structurés par les organisations. Ce qui veut dire qu'au sein du seul secteur capable de garantir la qualité, l'offre structurée en l'occurrence, les prestataires sont, *a priori*, qualitativement identiques. Partant de nos 14 études de cas pour illustrer cette idée, comme le montre ce tableau ci après, les organisations sont de qualités différentes mais ces qualités sont peu visibles.

⁴⁶ Sur une grande partie du marché de services destinés au maintien à domicile des personnes âgées, les prix ne sont pas libres. Même s'ils le sont, l'incertitude sur la qualité réduit leur fonction de signal de qualité (cf. le point 1.2 de ce chapitre).

Tableau 7. Les caractéristiques des prestataires étudiés (données de 2006)

<i>Les prestataires</i>	<i>Forme de l'offre</i>	<i>Taille (effectif)</i>	<i>Diversification des services</i>						<i>Part de l'emploi qualifié*</i>	Signes de qualité	
			Aide ménagère	Aide à l'hygiène	Services périphériques	Accueil du jour	Soins à domicile	Hébergement social		Certification	Agrément qualité
ADAR Roubaix	Associatif Prestataire + mandataire	477	X	X	X	X	X	X	23,2%	Norme Afnor NF Services	OUI
CCAS	Public Prestataire + Mandataire	142	X	X	X	X	X	X	44,6%	-	OUI
AIMV	Associatif Prestataire + mandataire	1394	X	X	X	X	X	-	24,0%	-	OUI
ADAR Lille	Associatif Prestataire + mandataire	500	X	X	X	X	X	-	20-23%	-	OUI
CEDRE	Association Prestataire + mandataire	90	X	X	X	-	-	-	14,4%	Charte de qualité	OUI
Grenoble présence	Privé Prestataire	16	X	X	X	-	-	-	15%-18%	Charte d'engagement de qualité	OUI
ADPAH Vienne	Associatif Prestataire + mandataire	230	X	X	X	-	-	-	19,0%	-	OUI
OR Services	Privé Prestataire	3	X	-	X	-	-	-	0,0%	Certificat Qualicert	OUI
ADIAF	Associatif Prestataire	209	X	X	-	-	-	-	70,1%	-	OUI
AMFD	Associatif Prestataire	47	X	X	-	-	-	-	53,0%	-	OUI
ADPAH Voiron	Public Prestataire	227	X	X	-	-	-	-	15,5%	-	OUI
ASSAD	Associatif Prestataire + mandataire	40	X	X	-	-	-	-	25,0%	-	OUI
MSD	Association intermédiaire Mandataire	125	X	X	-	-	-	-	12,0%	-	OUI
Age d'or	Privé Prestataire	3	X	-	X	-	-	-	0,0%	-	NON

Sources : rapport social annuel des structures enquêtées + entretiens avec les responsables des structures.

* Part de l'emploi qualifié= Effectif intervenant ayant un niveau de qualification supérieur au niveau V / Effectif total intervenant.

4.1. Des modèles de prise en charge différents selon la variété des services offerts

Ce tableau montre des formes diverses de prise en charge de la dépendance. La qualité dynamique des prestataires est différente selon que le prestataire assure une prise en charge globale, partielle ou minimale de la dépendance. Autrement dit, selon que son offre incorpore aux services classiques d'aide à domicile (l'aide ménagère et l'aide à l'hygiène) des services complémentaires tels que les services sanitaires et les services périphériques. Ainsi, nous distinguons trois grands types de services :

Les services sociaux : services d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne

Ce type est composé de services d'aide ménagère et des services d'aide à l'hygiène. Les premiers sont fournis par des employés d'aide ménagère (catégorie A de l'accord de branche). Ces services ne nécessitent pas une technicité et une compétence élevées. L'aide à l'hygiène est du ressort des employés qualifiés (auxiliaires de vie) à destination des personnes lourdement dépendantes. La qualification correspond généralement au DEAVS (Diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale). La personne âgée elle-même constitue le support d'intervention de l'auxiliaire de vie sociale, contrairement à l'employé d'aide ménagère dont le support d'intervention est généralement le domicile. A ces deux variantes de services d'aide à domicile, s'ajoutent les services de garde de nuit. L'employé apporte sa présence, pendant la nuit, au domicile de la personne âgée. Généralement ces services sont fournis dans le cadre du mode mandataire compte tenu de ses avantages en coût salarial et fiscal. Ainsi, l'ensemble des prestataires ayant mis en place le mode mandataire fournissent ce type de service.

Les services socio-sanitaires

Ce sont les prestations fournies par un professionnel de santé qui peut être une infirmière, une aide soignante ou un spécialiste de gériatrie. La prestation est fournie soit à domicile de la personne âgée soit au sein des structures d'accueils spécialisées appartenant au prestataire. Il existe deux types d'accueils : l'accueil sans hébergement (ou accueil du jour) et l'accueil avec hébergement. L'accueil de jour consiste à accueillir la personne âgée pendant la journée au sein d'un établissement spécialisé où elle peut être prise en charge par des aides soignantes et des auxiliaires de vie sociale. Un ensemble d'activités socioculturelles (loisir, culture, musique, etc.) lui sont proposées. L'hébergement social correspond à l'accueil au sein des résidences médicalisées ou au sein des EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante). Ces services peuvent être pris en charge dans le cadre de l'APA, mais compte tenu des tarifs élevés, les personnes âgées doivent s'acquitter d'une participation financière.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont des services offerts par le personnel médical du prestataire ou par une infirmière libérale dont la prestation fait l'objet d'un contrat. Les services de soins

sont fournis gratuitement sous condition d'une prescription médicale. C'est l'assurance maladie qui finance ces services sous forme d'une dotation budgétaire accordée au prestataire dont le montant est proportionnel au nombre de personnes bénéficiaires du service. Sur le marché, il est fréquent de trouver des organisations intégrant à la fois un service d'aide à domicile, des SSIAD et les services d'un EHPAD. La possibilité de bénéficier de ces trois variantes de services auprès d'un même prestataire est donc une source de différenciation qualitative.

Les services périphériques

C'est un ensemble de services hétéroclites souvent fournis pour leur rentabilité commerciale. On y trouve les travaux d'entretien du domicile, les travaux de réparation, de jardinage, le portage du repas à domicile, l'accompagnement dans les déplacements, les activités d'animation et de loisir, les visites nocturnes, les services de téléassistance, etc. Une grande partie de ces services est financée par les personnes âgées par leurs ressources propres. Compte tenu de leur rentabilité et du fait que leur régulation est relativement légère, ces services constituent une niche du marché notamment pour les entreprises privées d'aide à domicile.

La diversité des services que fournit une organisation est un enjeu de qualité majeur dans la prise en charge des personnes dépendantes. Comme le souligne le rapport du Conseil d'Analyse Economique (2005), la nécessité d'une prise en charge globale se traduit dans la réalité par la mobilisation d'un réseau de prestataires pour l'aide d'une seule personne âgée. Ainsi, 78% des personnes dépendantes aidées à domicile par un prestataire reçoivent d'autres aides ou des services de soins fournis par d'autres intervenants professionnels ou informels selon le rapport (*id.* p. 25). En moyenne, un quart des personnes lourdement dépendantes combinent plus de six types de services fournis par différents intervenants (Drees, 2004, p.4). Cela montre à quel point l'offre de services d'aide à domicile est fragmentée, contraignant ainsi les personnes âgées à multiplier les contrats de prestations et à coordonner elles-mêmes leurs interventions. Une personne âgée résidente dans une banlieue de Lille résume cette situation en ces termes : « à moi seule je suis devenue une petite entreprise, je fais travailler cinq personnes : une femme de ménage, une auxiliaire de vie, une infirmière, un homme pour le jardinage et une femme pour mes courses... » (Madame Marel, 85 ans, lourdement dépendante, veuve, vivant seule).

4.2. Les niveaux de qualification des prestataires

Le niveau de qualification des services est apprécié ici à travers la part de l'emploi qualifié dans le personnel intervenant (hors personnel administratif). La qualification professionnelle retenue est le DEAVS (Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale, niveau V de la nomenclature des qualifications

professionnelles)⁴⁷. On constate des niveaux de qualification très variables d'une structure à une autre. Le niveau moyen de qualification de l'effectif dépend du nombre de personnes âgées lourdement dépendantes prises en charge par le prestataire, de la nature de l'agrément obtenu et de la mise en place de la démarche de qualité. D'autres facteurs externes sont également à l'origine des différences des niveaux de qualification. Certains prestataires bénéficient d'une politique locale volontariste de professionnalisation des emplois. C'est le cas de l'association AIMV (Département de la Loire) qui bénéficie d'un financement public dans le cadre d'une convention départementale⁴⁸. Ceci lui a permis de moderniser son organisation et de former son personnel. L'un des principaux objectifs de cette convention est d'arriver à une proportion de 27% de l'effectif qualifié en trois ans. L'autre exemple est le CCAS de Villeneuve d'Ascq (Département du Nord) qui bénéficie d'un soutien financier de la municipalité lui permettant de recruter un personnel qualifié et de fournir des formations qualifiantes à ses salariés. On notera aussi un certain nombre d'associations qui se sont engagées dans une formation professionnelle volontariste financée par l'Etat et le Fonds social européen dans le cadre l'Engagement de Développement de la Formation (EDDF). L'association ADAR de Roubaix en mobilisant le financement de l'EDDF, a pu former 32 employés au DEAVS et 2 employés au poste de Responsable de secteur (niveau IV de la nomenclature).

Les niveaux de qualification les plus élevés correspondent aux prestataires qui se sont engagés dans une démarche de qualité⁴⁹ ou dans une démarche en vue d'obtention de la norme Afnor « NF- services aux personnes à domicile ». Outre la modernisation des modalités de gestion administrative de la prestation et sa contractualisation, la démarche qualité et la certification Afnor accordent un intérêt particulier aux moyens à mettre en œuvre pour améliorer la qualité, notamment le niveau de qualification du personnel.

Classification des prestataires selon la part du personnel qualifié

On distingue quatre groupes de prestataires selon leur niveau moyen de qualification de l'effectif :

A. *Le groupe de prestataires avec une proportion de personnel qualifié élevée.* Il s'agit des deux associations AMFD et ADIAF et le CCAS. Il faut noter que l'aide à domicile aux personnes âgées n'est pas le cœur du métier des deux associations. Leur vocation première est l'aide aux familles dont la

⁴⁷ Nouveau diplôme remplaçant le CAFAD (certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile). Les décrets du DEAVS sont parus le 26 mars 2002.

⁴⁸ Le 8 octobre 2003 fut ainsi signée une Convention relative à la modernisation de l'aide à domicile et des emplois familiaux entre d'un côté l'Etat et le Département de la Loire et de l'autre différents acteurs locaux dont AIMV, les autres associations d'aide à domicile, l'ANPE, la CRAM, les mutuelles, les organismes de formation, etc.

⁴⁹ Démarche de qualité mise en place par la CNAV depuis 1996 afin de garantir un bon niveau de qualité aux retraités bénéficiaires de son allocation.

réglementation impose la possession d'un personnel qualifié⁵⁰, ce qui explique leur niveau élevé de qualification. Quand ces associations interviennent auprès des personnes âgées, elles font intervenir des Auxiliaires de vie sociale ou des employés familiaux, ce qui correspond au niveau de qualification du DEAVS (personnel de catégorie C dans l'accord de branche d'aide à domicile) pour les premières et au niveau BEP, CAP ou sans qualification pour les secondes (niveau A et B dans l'accord de branche). En ce qui concerne le CCAS, son niveau de qualification élevé s'explique par la volonté du conseil municipal de fournir une prise en charge de qualité aux personnes âgées. La présence massive du personnel de soins au sein de cet établissement (15% de l'effectif intervenant) a pour conséquence d'élever le niveau moyen de qualification du personnel.

B. *Le groupe de prestataires avec une proportion de personnel qualifié moyenne* se situant entre 20 et 25%. On y trouve des associations polyvalentes fournissant les trois types de services (aide à domicile, soins à domicile et accueil et hébergement social) et des associations mono-spécialisées fournissant uniquement les services d'aide à domicile. La polyvalence consiste ici à la variété des services proposés : aide à domicile, soins à domicile, accueil et hébergement social. Quatre associations composent ce groupe : ADAR Roubaix, ADAR Lille, AIMV, et ASSAD. A l'exception de l'association ASSAD, les autres associations sont polyvalentes. La présence d'un personnel de soins élève le niveau moyen de qualification de ces associations polyvalentes. Pour l'association ASSAD, c'est la démarche qualité mise en place qui lui a permis d'élever le niveau de qualification de son personnel.

C. *Le groupe de prestataires avec une faible proportion de personnel qualifié* se situant entre 12 et 20%. Il est composé de quatre prestataires dont une association de grande taille de statut public (ADPAH Voiron), une association dont le public pris en charge est composé de personnes âgées et de personnes handicapées (ADPAH Vienne), une structure dont l'activité est un hybride entre l'aide à domicile classique et l'insertion par l'emploi (CEDRE) et enfin, une association intermédiaire (MSD) fournissant l'aide à domicile exclusivement en mode mandataire. Pour ADPAH, le niveau de qualification faible, bien qu'elle soit un service public de proximité, s'explique par sa spécialisation dans l'aide ménagère dans le cadre d'une plateforme publique. Cette plateforme est composée de cinq prestataires dont une association d'aide et de soins à domicile, deux associations d'aide à domicile, une association intermédiaire et une entreprise d'insertion pour les services de repassage et de nettoyage. Les demandes qui s'adressent à la plateforme, gérée par la communauté des communes, sont orientées entre les différents prestataires spécialisés selon la nature des besoins. Ainsi, ADAPH est spécialisée dans l'aide à domicile aux personnes âgées qui ne nécessitent pas des niveaux de qualification élevés. De son côté, ADPAH Vienne se trouve dans une situation financière difficile la contraignant à baisser le nombre de ses

⁵⁰ Le personnel des associations d'aide familiale fonctionnent en grande partie composé de techniciens d'intervention sociale et familiale (TISF). Leur niveau de qualification est équivalent au niveau IV de la nomenclature. Compte tenu de la nature de leur formation, ces techniciens n'interviennent pas chez les personnes âgées.

employés qualifiés⁵¹. En ce qui concerne CEDRE et MSD, ce sont leurs activités d'insertion qui est à l'origine du faible niveau de qualification de leur personnel.

D. *Le groupe de prestataires ne disposant pas d'un personnel qualifié.* Cette offre correspond aux deux entreprises privées (Age d'or et Or Services) franchisées par le réseau international Age d'Or Services⁵². Le modèle économique de ces entreprises est assez particulier. Les entreprises franchisées reçoivent le droit d'exercer sous le label « Age d'Or Services » sur un territoire délimité préalablement par une étude statistique d'implantation. Elles sont de très petites entreprises, très diversifiées et opérant généralement en mode prestataire. Les employés sont peu qualifiés mais exercent des activités polyvalentes. D'ailleurs la polyvalence est l'un des principaux critères de recrutement pour ces petites structures. L'exemple de l'entreprise « Age d'or services » est illustratif. En plus de l'aide ménagère et d'autres services périphériques, elle fournit des activités de loisir et des voyages aux personnes âgées.

Les organisations fonctionnant avec un effectif qualifié et suffisant sont celles qui sont capables d'adapter qualitativement la prestation d'aide à domicile. Souvent, la dégradation de la situation des personnes âgées peut intervenir brusquement nécessitant une réaction rapide de la part du prestataire. Si le prestataire ne dispose pas d'un personnel qualifié suffisant, il lui sera difficile de répondre aux attentes de la personne âgée. Le maintien d'un niveau de qualité appréciable dépend aussi de la variété des services offerts. La capacité du prestataire à fournir des services variés est un signe de qualité puisqu'il permet à l'usager d'avoir un seul interlocuteur pour prendre en charge l'ensemble de ses besoins.

4.3. Une différenciation qualitative effective

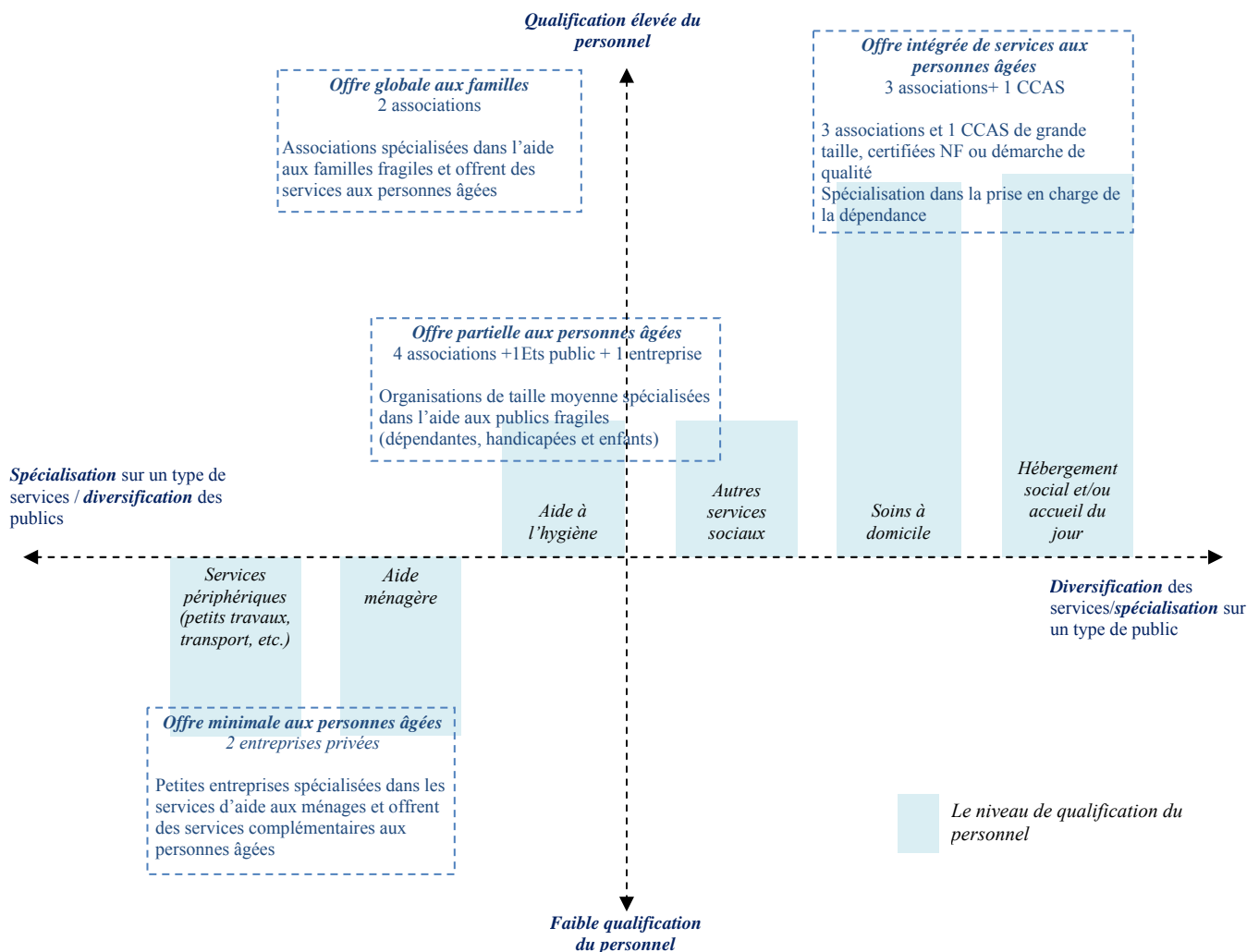
Le tableau n°7 ci-dessus montre l'existence d'une différenciation réelle de la qualité de prise en charge entre les prestataires. Les différences sont repérables dans la composition du bouquet de services offerts par chaque organisation et dans les niveaux de qualifications des employés. Le croisement de ces deux principales dimensions de la qualité dynamique⁵³ des organisations nous permet de construire une typologie simple de l'offre. Cette typologie est construite en fonction de deux axes : l'axe de diversification des services et l'axe de qualification du personnel. Les différents services sont représentés sur l'axe de diversification en fonction de leur nature et sur l'axe des qualifications en fonction du niveau de qualification professionnelle nécessaire pour les fournir.

⁵¹ Suite aux difficultés financières, l'association a décidé de réduire ses activités à destination des personnes handicapées. La diminution de l'effectif qualifié est la conséquence de cette décision.

⁵² En contre partie de la franchise, l'entreprise franchisée acquitte en outre une redevance initiale forfaitaire (15000 €), des royalties et des redevances publicitaires (7% du chiffre d'affaire).

⁵³ La qualité dynamique est une notion utilisée dans cette thèse pour désigner l'ensemble des qualités de l'organisation prestataire, notamment les dimensions de qualifications, de capacité d'adaptation des services aux nouveaux besoins et de variété des services offerts (cf. chapitre IV).

Figure. 7. Les modes de prise en charge des besoins des personnes âgées



Nous distinguons ainsi au moins quatre formes d'offre de qualité différente :

1. *l'offre globale ou intégrée* permettant de prendre en charge l'ensemble des besoins de la personne âgée en adaptant la prestation à l'évolution de sa dépendance. Ce type d'offre garantit des services indispensables au maintien à domicile des personnes dépendantes notamment les soins à domicile ou le séjour temporaire. La présence d'un personnel médical mais aussi d'auxiliaires de vie qualifiés en nombre important tire vers le haut le niveau de qualification moyen.
2. *l'offre partielle centrée sur l'aide à domicile* aux personnes dépendantes. C'est l'offre dominante actuellement où les prestataires prennent en charge les besoins les plus pressants des personnes dépendantes dont l'aide à l'hygiène. Ces services sont généralement complétés par des services périphériques tels que les services de jardinage, de bricolage ou de portage du repas. Le niveau de qualification du personnel dépend du nombre de personnes lourdement dépendantes prises en charge

par la structure pour qui les services qualifiés d'une auxiliaire de vie sont généralement indispensables.

3. *l'offre minimale à destination des personnes modérément dépendantes ou autonomes*. Ce type d'offre est généralement celle des petites structures notamment des entreprises privées et des associations intermédiaires. Traditionnellement, ces structures sont spécialisées dans les services aux ménages, la garde d'enfants ou des services périphériques. Leurs services aux personnes âgées se limitent en général à l'aide au ménage ne nécessitant pas de qualifications professionnelles élevées.
4. *l'offre des associations d'aide familiale* traditionnellement spécialisées dans l'aide aux mères et aux enfants en difficultés sociales ou sanitaires. La particularité de ce public explique le niveau de qualification élevé du personnel, principalement composé de Techniciens d'Intervention Sociale et Familiale (TISF). L'aide aux personnes âgées qu'elles proposent depuis quelques années est considérée comme un complément d'aide aux familles ayant un parent dépendant. Ces services centrés sur l'aide à domicile sont fournis par des auxiliaires de vie sociale ou par des employés de ménage dont le niveau de qualification est inférieur à celui des TISF. En excluant le personnel de santé, cette forme d'offre se rapproche de l'offre partielle à destination des personnes dépendantes.

La typologie du graphique 7 est une tentative de montrer, sur un échantillon de 14 prestataires, l'existence de qualités différentes. On remarque que plus l'organisation est polyvalente (services diversifiés), plus la spécialisation des salariés est poussée. C'est le cas des prestataires à qualité dynamique élevée. Et inversement, les employés sont plus polyvalents quand l'organisation est spécialisée, ce qui est le cas des prestataires à faible qualité dynamique. La diversification des services signifie-t-elle pour autant l'évolution du niveau des qualifications ? Tout dépend de la nature des services. Lorsqu'il s'agit de services socio-sanitaires, leur développement signifie l'accroissement du nombre d'employés qualifiés car ces services nécessitent des qualifications spécifiques. En revanche, l'effectif qualifié n'enregistre aucune évolution lorsqu'il s'agit de l'accroissement du volume de services périphériques⁵⁴. Ainsi, l'augmentation du niveau de la qualité dynamique dépend du volume des besoins pris en charge nécessitant des qualifications. C'est ce que nous avons qualifié de cercle vertueux de la qualité exposée dans le chapitre IV.

La typologie proposée dans la figure 7 montre que sur un petit échantillon l'offre de services d'aide à domicile est très variée. Cette diversité des formes d'offre serait plus riche avec un échantillon plus important. On peut également définir des modèles d'organisations en intégrant d'autres dimensions de la qualité des organisations et des services. Dans le chapitre VIII de cette thèse nous proposons une

⁵⁴ Généralement ces services relèvent des métiers faiblement qualifiés. C'est le cas par exemple des petits travaux de réparations, du jardinage, d'animation, etc.

typologie de modèles de qualité en reprenant cette première typologie effectuée ici et en intégrant les diverses formes d'évaluation de la qualité et la dimension de proximité.

4.4. Une différenciation qualitative invisible

L'agrément qualité est l'un des mécanismes susceptibles de rendre compte des différences de qualités entre les prestataires. L'obtention de cet agrément est soumise à un ensemble de règles de qualité⁵⁵. Un prestataire agréé se distingue des autres prestataires non agréés par la qualité contrôlée de ses services. Ainsi, il introduit une différenciation qualitative en distinguant l'offre de qualité contrôlée et l'offre de qualité non contrôlée. Sur 14 prestataires étudiés, 13 sont agréés. Cela suppose que la qualité qu'ils délivrent est une qualité contrôlée. Mais cela est insuffisant pour que l'utilisateur puisse avoir un choix éclairé puisque les qualités de cette offre agréée sont assez différentes. Cet agrément ne peut pas être considéré comme un signal des différenciations de qualité dès lors qu'on est sur le segment du marché contrôlé. Pour lui permettre de jouer son rôle de signal de qualité, il aurait été plus pertinent de prévoir des niveaux différents de qualité (agrément niveau I, niveau II, niveau III, etc.). Si c'était le cas, l'agrément serait à la fois un ticket d'entrée sur le marché de services de maintien à domicile des publics fragiles et, à travers ses différents niveaux, il opèrerait également une différenciation des qualités plus pertinente.

Contrairement à l'agrément, la certification est une réelle démarche de signalisation de la qualité. La norme Afnor « NF-Services à la personne » ou le certificat Qualicert mis en place par le syndicat des entreprises de services à la personne, permet de différencier les prestataires selon la qualité de leurs prestations. La notion de qualité du service définie dans la norme ne se limite pas à la qualité de la prestation mais elle concerne l'ensemble du processus de la prestation, depuis la réception de la demande jusqu'à l'évaluation de la prestation. En ce sens, la certification évalue la démarche de prestation du service : la qualité du traitement de la demande, la contractualisation de la prestation, la coordination entre les différents services, la prise en compte des attentes de la personne âgée notamment par des enquêtes de qualité, la qualité des procédures de recrutement, les compétences techniques et humaines, etc. Ainsi, n'importe quelle organisation, qu'elle soit polyvalente ou pas, peut obtenir la norme à condition que la démarche de prestation du service satisfait les standards de la norme. Nous constatons que les démarches de certification et de normalisation concernent un nombre réduit de prestataires. Sur les 14 cas étudiés, seulement un prestataire, ADAR-Roubaix en l'occurrence, a pu obtenir la norme NF-Services et une entreprise privée détient le certificat Qualicert. Cette faible proportion de prestataires labélisés est due au coût élevé de la démarche. Selon les données de l'association de certification

⁵⁵ Cf. le point sur la régulation de l'aide à domicile, chapitre II.

AFNOR, en 2006 seulement une cinquantaine de structures étaient certifiées. Ce nombre a considérablement augmenté puisque en 2007, environ 100 structures sont labélisées NF⁵⁶.

4.5. Un marché sans hiérarchisation de qualités

L'une des principales caractéristiques du marché de l'aide à domicile est l'inexistence de hiérarchie de qualité. À la différence du secteur sanitaire par exemple, où la hiérarchie des diplômes peut indiquer les compétences d'un cabinet médical par rapport à un autre, dans l'aide à domicile ces spécialisations à travers des compétences reconnues n'existent pas. En effet, la tendance à la polyvalence, c'est-à-dire à développer une offre à destination de tous les publics (personnes âgées, personnes handicapées ou lourdement dépendantes, familles, personnes valides, enfants, etc.), gomme les spécialisations. Dès lors, l'information est brouillée par l'effacement des spécialisations. Il est difficile pour les usagers de reconnaître qu'une organisation est plus compétente qu'une autre dans un domaine spécifique.

La seule différenciation perceptible par les demandeurs consiste à qualifier les organisations selon leur appartenance à une fédération ou à un secteur juridique. On distingue les organisations privées marchandes, associatives ou publiques. Mais cette distinction ne renseigne en rien sur les différences effectives de qualité. D'autre part, le secteur associatif actuellement dominant sur le marché des services structurés est éclaté entre plusieurs fédérations. Il ne s'agit pas d'enseignes de qualité permettant de distinguer les qualités ou les spécialisations mais de simples constructions historiques ou idéologiques du secteur. L'appartenance d'une organisation à une fédération quelconque ne signifie pas que la qualité de ses services soit différente des autres. Depuis la mise en place du plan gouvernemental de développement des services à la personne en 2006, les différentes fédérations se sont engagées individuellement ou sous forme de partenariats dans la création d'enseignes de qualité. Ce mouvement peut déboucher vers une meilleure structuration de l'offre notamment si les réseaux vont dans une démarche de certification collective, ce qui est le cas au niveau des réseaux régionaux notamment ceux de l'ADMR ou de l'UNA (ex. UNASSAD).

Actuellement, la seule hiérarchisation des compétences entre les organisations est introduite par le régime d'agrément. On distingue les organisations agréées de celles qui ne le sont pas. De plus l'agrément qualité distingue les organisations qualifiées à intervenir auprès des publics fragiles de celles qui ne le sont pas. Cependant, comme nous l'avons montré plus haut, cet agrément ne peut pas être un signal de qualité. Notons enfin le rôle limité de la concurrence par les prix afin de rendre visibles les différences des qualités pour cause essentielle du caractère quasi-unique des prix (Cf. le chapitre II).

⁵⁶ Cf. le site de l'organisme : <http://www.marque-nf.com/appli.asp?lang=French&NUMAPPLI=NF311>

5. L'ÉVOLUTION DES FORMES DE L'OFFRE D'AIDE À DOMICILE

L'offre de services d'aide à domicile a été influencée, et cela depuis son apparition en tant qu'activité professionnelle, par l'évolution du cadre institutionnel. Ce cadre lui-même est dicté par des facteurs économiques et sociodémographiques. Nous montrons dans ce point comment l'offre, sous l'influence des différentes régulations, a évolué depuis sa forme originale où les organisations suivent une logique de spécialisation vers une forme caractérisée par une logique de polyvalence et de diversification des services.

5.1. Séparation entre l'aide familiale et l'aide ménagère : offre spécialisée sur des publics ciblés

À son origine, l'aide à domicile est une aide bénévole à destination des familles et des personnes en difficultés socio-sanitaires. Les associations engagées dans ce mouvement adoptaient une approche globale et polyvalente des problèmes sociaux auxquels sont confrontées les familles (Laville, 2002). Après la Libération, commence une période de professionnalisation de cette activité. Elle débouche vers la création du statut de *travailleuse familiale* qui est une forme de reconnaissance professionnelle des intervenants à domicile. La montée en qualifications des travailleuses familiales fait augmenter le coût du travail dans les structures. La séparation entre le travail social exercé par les travailleuses familiales et le travail de ménage exercé par une autre catégorie d'employés devient alors une nécessité économique pour les structures (*id.*). Cela s'est traduit dans la pratique par l'émergence d'une nouvelle offre constituée d'Aides ménagères. En effet, à partir des années soixante-dix, les associations d'aides familiales ont créé des services d'aide ménagère à destination notamment des personnes âgées. Le vieillissement de la population déjà perceptible pendant cette période accélère le développement de ces services et les contraint à se détacher progressivement de l'aide familiale pour se structurer en un secteur à part. C'est le début de la spécialisation des structures d'aide à domicile sur des publics ciblés. D'une part, l'aide familiale se spécialise sur les besoins sociaux exprimés par des familles en difficulté et sur les besoins en matière de garde et de protection de l'enfant. D'autre part, les structures d'aide ménagère, qui vont devenir quelques années plus tard le secteur d'aide à domicile aux personnes âgées et handicapées, se spécialise sur les besoins de maintien à domicile de ces publics.

La séparation entre l'aide ménagère et l'aide familiale s'explique par un facteur interne et externe. Le premier est relatif au coût du travail. En effet, le coût salarial élevé des travailleurs familiaux contraint les organisations d'aide familiale à décharger ce personnel des missions d'aide aux personnes âgées. Le facteur externe est relatif à l'évolution macro-sociale. L'accroissement des besoins de maintien à domicile

des personnes âgées a conduit les organisations d'aide familiale à se recentrer sur leur vocation initiale qui est l'aide à la famille, et à encourager l'aide ménagère à se structurer en un secteur autonome. L'offre de ces services est subventionnée directement par les collectivités locales et partiellement par les organismes sociaux⁵⁷. L'utilisateur bénéficiait d'une aide en nature, autrement dit d'une prestation d'un certain nombre d'heures de services fixés selon des critères sociaux : âge, situation sanitaire et le revenu.

Cette régulation dite *tutélaire* semble favoriser une logique de spécialisation sur des publics. En effet, l'aide à domicile aux familles et aux personnes âgées est financée séparément par les Conseil Généraux, la CAF et la CNAV. L'accès au financement est conditionné par la conclusion d'une convention avec ces institutions. L'aide ménagère aux personnes âgées et l'aide familiale sont conventionnées séparément. Chaque activité est encadrée par une convention spécifique qui définit les besoins financés et les obligations de l'organisation conventionnée. On retrouve ici la dimension *conventionnelle* de la régulation *tutélaire* qui se renforce notamment avec le transfert des politiques sociales aux départements dans le cadre de la décentralisation menée depuis 1983.

5.2. La diversification des formes de l'offre sur fond de régulation concurrentielle

À partir des années quatre-vingt, la régulation publique poursuit un double objectif : la satisfaction de besoins toujours plus nombreux et variés sous l'influence des évolutions sociodémographiques et la création d'emplois faiblement qualifiés pour insérer les personnes « difficilement employables ». Le soin à domicile est un nouveau service créé pour répondre à une nouvelle demande mais surtout pour désencombrer les hôpitaux (Nogues, 1984). La demande de ces services est totalement solvabilisée par la caisse d'assurance maladie sous la condition d'une prescription médicale. Les centres de soins infirmiers sont les premières structures à commencer à fournir les services de soins à domicile avant d'ouvrir l'activité aux associations d'aide ménagère. L'intégration de ces services par les organisations d'aide à domicile est le début d'un processus de diversification de leur offre. En outre, pendant la même période, l'accueil de jour des personnes lourdement dépendantes est ouvert aux organisations d'aide à domicile agréées, sous certaines conditions. L'offre s'oriente alors progressivement vers un modèle d'intégration de l'ensemble des services d'aide à domicile.

⁵⁷ Au début des années soixante-dix, le financement de l'aide à domicile aux personnes âgées est partiellement pris en charge par la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) (C. Du Tertre, 1999). Une grande partie des services familiaux, notamment la garde collective des enfants, est assurée par les fonds publics.

Pendant la deuxième moitié des années quatre-vingt, l'aide à domicile commence à susciter de l'intérêt en tant que « gisement » d'emplois. L'insertion des personnes faiblement qualifiées dans l'aide à domicile est alors l'une des priorités de la régulation. L'inflexion « marchande » est de plus en plus visible (Haddad, 2003). D'une régulation tutélaire fondée sur une offre non marchande, subventionnée et contrôlée par l'Etat, on est passé à une « dérégulation marchande et concurrentielle » (Du Tertre, 1999 et Haddad, 2004). Si les mécanismes financiers distributifs sont toujours les ressorts du développement de l'aide à domicile, l'allocation de ressources par contre a changé de forme. En effet, le financement n'est plus alloué à l'offre mais à la demande. Cela peut paraître anodin mais en réalité la réallocation des ressources vers la demande a pour objectif de garantir le libre choix des usagers mais surtout d'intensifier la concurrence entre les prestataires⁵⁸. Cette nouvelle régulation a fait évoluer l'aide à domicile vers un modèle de plus en plus concurrentiel comme le notent plusieurs auteurs⁵⁹. Cette concurrence présente une caractéristique importante qui la distingue de celle en cours dans les autres champs économiques. Le rôle du mécanisme des prix est réduit à une simple fonction consistant à déterminer la valeur de la prestation. Le rôle de coordination des échanges qu'on lui prête dans les modèles théoriques est quasiment marginal⁶⁰. Ceci dit, la concurrence fait émerger de nouvelles formes d'offre de services. L'arrivée de l'offre commerciale ainsi que de l'offre directe des employés indépendants intensifie la concurrence. La diversité de l'offre n'est pas sans effet sur la demande. Comme le souligne Butté-Gérardin, de nouvelles demandes s'expriment suite à la diversification de l'offre (Butté-Gérardin, 2001, p. 58). De fait, l'utilisateur est en face de plusieurs types d'offres et de plusieurs variantes de services.

La reconnaissance du rapport de « gré à gré⁶¹ » est l'une des premières mesures mises en place dans le cadre de la régulation concurrentielle. À partir de 1987, les particuliers employeurs des salariés en gré à gré sont exonérés des charges sociales permettant ainsi un avantage concurrentiel important à ce type d'offre. Le dispositif Emplois familiaux mis en place en 1992 renforce ces avantages puisque le prix de ces services est indirectement subventionné par la réduction d'impôts. Pendant la même période, la concurrence s'accélère avec la création des Associations Intermédiaires (AI) dont l'objectif est l'insertion des personnes faiblement qualifiées. Les AI, bénéficient des aides à l'emploi, des exonérations de charges patronales et des avantages du dispositif des emplois familiaux. Dans la même foulée, le statut de

⁵⁸ Du point de vue de la théorie du bien être, pour atteindre un équilibre économique avec moins d'inégalités sociales, il est plus pertinent d'intervenir sur « *les dotations initiales des individus* », autrement dit, selon cette théorie il est plus efficace de corriger les inégalités du revenu de départ qu'en interférant dans le jeu de la concurrence (Arrow, 1951).

⁵⁹ Des auteurs comme Bréchet (2004), Du Tertre (1999), Haddad (2003 et 2004), Laville (1998 et 2001) ou Cette (1998) mettent tous le point sur l'ouverture de l'aide à domicile à la concurrence.

⁶⁰ Dans la mesure où il existe un seul tarif et qui est fixé administrativement, la coordination entre l'offre et la demande devrait donc se faire par d'autres règles.

⁶¹ Le gré à gré regroupe les salariés employés directement par les particuliers (employés familiaux) et les salariés dont la gestion de la relation de l'emploi est mandatée aux associations (salariés des services mandataires). Les assistantes maternelles sont exclues de ce champ.

mandataire créé en 1987 se traduit par la création des organisations « mandataires » dont l'activité est exclusivement de gérer la relation de l'emploi, des organisations prestataires de services et des organisations « mixtes » à la fois mandataires et prestataires. Ce double statut permet aux associations de fournir des services qu'elles ne peuvent pas fournir en mode prestataire pour des raisons de coût. C'est le cas par exemple de la garde à domicile de nuit des personnes dépendantes que de nombreuses associations que nous avons rencontrées proposent dans le cadre du mandataire.

5.3. Vers des formes d'offres hybrides ?

Le régime mandataire permet aux organisations d'aide à domicile d'intervenir dans des champs qui leur étaient fermés jusque là. Elles peuvent répondre aux besoins d'aide à domicile exprimés par tous les publics et pour tous les âges. En ce sens, c'est une forme d'hybridation de l'offre dans la mesure où elle conduit à regrouper des services divers au sein d'une même structure. L'agrément qualité est aussi une incitation à l'hybridation de l'offre puisque elle permet le croisement de l'activité d'aide aux personnes dépendantes et la garde d'enfants. La majorité des structures enquêtées fournissent ces différents types de services. Enfin, avec la concurrence, les associations qui jusque là intervenaient auprès des publics fragiles sont incitées à fournir des services d'aide ménagère aux personnes actives notamment depuis la mise en place du CESU.

L'exemple type d'une organisation hybride est une organisation qui fournit l'ensemble des services à la personne : services d'aide à domicile aux personnes dépendantes, services de garde de ces mêmes personnes à leur domicile, services de garde de jour dans un établissement spécialisé, services de soin à domicile, services de garde d'enfants, services d'aide ménagère aux personnes valides, etc. Comme on l'a souligné plus haut, la polyvalence des structures d'aide à domicile est entamée déjà depuis les années quatre-vingt par l'intégration des soins à domicile. Il s'agit de la polyvalence des compétences et des services destinés à une seule catégorie de la population, les personnes dépendantes en l'occurrence. Aujourd'hui, ces structures intégrées proposent des services divers à des populations différentes.

La garde d'enfants au domicile des parents est historiquement du ressort de l'aide familiale. Avec les évolutions récentes, les associations d'aide aux personnes âgées proposent ce service aux familles souvent en mandataire. À l'inverse, les associations d'aide familiale proposent elles aussi des services d'aide et de garde de nuit des personnes âgées. Par conséquent, les singularités professionnelles s'effacent progressivement et laissent la place à une nouvelle forme d'offre intégrant l'ensemble des services d'aide à domicile. La tendance actuelle va vers le décroisement entre l'aide aux personnes dépendantes et l'aide familiale.

Souvent, les services fournis en mandataires sont en concurrence avec les services fournis dans le cadre du gré à gré, les services du secteur marchand et du secteur d'insertion. De ce point de vue, la polyvalence permise par la formule mandataire est une pratique adoptée par le secteur non marchand pour s'adapter à la concurrence. Ceci reconfigure l'offre en faisant émerger de nouvelles formes institutionnelles. Elles sont à la fois différentes, concurrentielles et proches les unes des autres. Le tableau n°7 résume cette nouvelle configuration.

Tableau 7. Les différentes formes institutionnelles de l'offre selon les publics pris en charge

	<i>Structures d'aide familiale (secteur non marchand)</i>	<i>Structures d'aide et de soins à domicile aux personnes âgées (secteur marchand et non marchand)</i>	<i>Gré à gré</i>	<i>Associations intermédiaires</i>
Personnes âgées et handicapées	Aide à domicile en mandataire ou en prestataire	- Services d'aide à domicile en prestataire et en mandataire - Services de soins à domicile en prestataire - Services périphériques	Aide ménagère	Aide ménagère aux personnes âgées non dépendantes
Personnes valides	Aide ménagère en prestataire ou en mandataire	Aide ménagère en prestataire et en mandataire	Aide ménagère	Aide ménagère
Enfants	- Garde d'enfants à domicile des parents - Soutien aux enfants en difficultés	Garde d'enfants âgés de plus de 3 ans en mandataire	Garde d'enfants âgés de plus de 3 ans	Garde d'enfants âgés de plus de 3 ans
Familles en difficultés	Accompagnement des familles en difficultés	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre

Source : l'auteur

Les organisations ont tendance à diversifier leurs services mais en essayant de préserver leur identité professionnelle. Ainsi, les associations ont tendance à se spécialiser dans l'aide aux personnes âgées dépendantes et les entreprises dans l'aide au ménage au profit des personnes actives. Près de 60% des heures effectuées en 2006 par les associations sont des aides à domicile aux personnes dépendantes. Par contre, plus de 60% des opérateurs privés sont spécialisés dans les services d'aide ménagère aux personnes actives hors garde d'enfants (Precepta, 2007). Nous remarquons que chaque type d'offre développe de nouveaux services pour leurs clients habituels ou les mêmes services pour des publics différents. Ainsi par exemple, les associations commencent à proposer des services périphériques à l'aide à domicile (petits travaux, accompagnement en dehors du domicile, etc.) aux personnes âgées, qui sont leur clientèle traditionnelle et en même temps, proposent des services d'aide ménagère et d'aide à la personne aux personnes valides. C'est aussi le cas des entreprises privées qui commencent à proposer depuis quelques années des services de maintien à domicile aux personnes âgées tout en développant leur marché traditionnel qui est l'aide ménagère, le soutien scolaire ou les petits travaux à destination des

personnes valides. La stratégie dominante actuellement est donc à la fois une diversification des services et des publics tout en préservant une identité professionnelle forte.

La diversité des services et la diversité des procédés selon laquelle cette variété des services est conçue complexifient l'information sur la qualité. La dynamique de diversification des organisations peut brouiller davantage les différences qualitatives, ce qui peut rendre le choix des usagers encore plus problématique. Comme le souligne Butté-Gérardin (*id.*), les usagers ou leurs familles doivent traiter davantage d'informations pour effectuer leur choix (p. 59).

CONCLUSION DU CHAPITRE I

Ce chapitre a montré que l'offre des services d'aide à domicile est composée de formes institutionnelles différentes. Outre la distinction traditionnelle entre l'offre marchande et l'offre non marchande, il convient d'introduire d'autres distinctions en lien avec la nature des services offerts et l'activité principale des offreurs, ou ce que nous avons qualifié d'identité professionnelle des offreurs.

La première distinction importante concerne le secteur des services structurés par des organisations et le secteur des services offerts directement par les employés indépendants (offre de gré à gré). Le premier secteur est assimilé à un marché d'organisations au sens d'Olivier Favereau (1989). Il est composé par des organisations de natures différentes dans la mesure où on y trouve des associations, des CCAS, des entreprises privées et des structures d'insertion. L'offre de ce secteur est souvent considérée de meilleure qualité par rapport au secteur de gré à gré notamment au regard de la continuité du service que les organisations peuvent garantir, de la possibilité de qualifier leurs salariés et de leur possibilité à fournir une variété de services. Les prestataires en tant qu'organisations de ressources humaines et logistiques peuvent s'adapter en réaction aux contingences de la nature comme le notait Laurent Thévenot (1989). Dans les services d'aide à domicile, cette adaptation peut être le changement du salarié habituel par un salarié plus qualifié, assurer son remplacement en cas d'absence, accompagner l'aide habituelle par d'autres services ou d'autres qualifications, etc. En optant pour une organisation prestataire plutôt qu'à un employé indépendant, l'utilisateur peut donc alléger son incertitude sur la qualité, notamment quand celle-ci est liée à l'évolution de ses attentes. Par ailleurs, toutes les organisations sont-elles capables de garantir cette qualité ? Cette garantie peut être apportée non pas par un quelconque contrat définissant les états futurs de la prestation, mais à travers les règles et les procédures constituant l'organisation. L'organisation en tant qu'ensemble de règles identifiables et stables est une forme de garantie de la régularité de la prestation. Pour répondre à la question posée, les organisations se distinguent également par leur capacité à mettre en place des procédures de qualité et surtout de les faire respecter par

l'ensemble des salariés. Nous verrons dans les chapitres suivants que ceci est d'autant plus vrai que les usagers peuvent pénaliser le prestataire si ces règles ne sont pas respectées.

Le secteur du gré à gré apparaît aujourd'hui comme l'offre dominante. Quatre usagers sur cinq sont aujourd'hui aidés dans le cadre de cette formule. Ceci peut s'expliquer, *a priori*, par l'écart de prix entre le service de gré à gré et le service offert par une organisation. En suivant cette hypothèse, on peut déduire que l'élasticité-prix de la demande des services d'aide à domicile est supérieure à l'élasticité-qualité. Pour nous, cette explication est insuffisante. Notre enquête a montré que les personnes âgées sont prêtes à payer un *juste* prix pour rémunérer les services de qualité (voire la partie III). Par ailleurs, ce qui fait fuir une partie de ces usagers de l'offre des organisations n'est pas seulement le prix mais, le fait qu'elles sous-estiment la qualité réelle de ces organisations. L'écart de prix entre les deux formes d'offres serait ainsi peu justifié aux yeux des usagers puisque cette qualité même est peu visible.

La deuxième distinction que nous avons identifiée est celle qui oppose les structures traditionnellement ancrées dans le champ de l'aide à domicile (les associations membres de réseaux nationaux comme les fédérations) aux nouveaux acteurs qui ont intégré le marché de l'aide à domicile durant la dernière décennie. Cette « nouvelle offre » est composée essentiellement des structures d'insertion dont l'objectif est l'utilisation de l'aide à domicile comme champ d'insertion et des entreprises de statut commerciales. Le secteur « traditionnel » dominé par les associations met souvent en valeur son « savoir faire » dans ces services acquis depuis des années et sa proximité avec les usagers. Les entreprises privées intégrant ce champ de services apportent de nouvelles pratiques de management et de communication. L'une des caractéristiques de ce secteur est l'exigence d'efficacité demandée aux salariés. L'efficacité technique est à la fois une forme de valorisation de leur qualité et un moyen pour atteindre des objectifs économiques. D'autre part, les entreprises d'insertion et les associations intermédiaires peuvent être considérées comme une forme de compromis entre la logique d'insertion des personnes en difficultés d'emploi et la logique sociale consistant à aider les personnes âgées. La professionnalisation des personnes insérées qui est au cœur de ce compromis est souvent mise en avant par ces structures aussi bien auprès des acteurs institutionnels qu'auprès des usagers.

Outre ces différences de conception du service et de logiques propre à chaque type d'offre, les organisations se distinguent aussi selon leur activité principale. On peut identifier une dynamique de spécialisations sur des publics ou sur des services chez certaines organisations et une dynamique de diversification chez d'autres. Suivant ces dynamiques et en les couplant avec une autre dynamique consistant à professionnaliser les emplois, nous avons pu identifier trois catégories d'organisations :

- des organisations fournissant une prise en charge globale : l'offre est une combinaison de services divers dont une partie notamment les services socio-sanitaires sont fournis par un personnel qualifié. Il s'agit généralement des organisations de grande taille spécialisées dans le maintien à domicile des personnes dépendantes.

- des organisations dont la prise en charge est partielle : cette offre est centrée sur les personnes dépendantes. Elle est composée essentiellement des services sociaux tels que l'aide à l'hygiène à destination des publics fragiles et l'aide ménagère. La proportion du personnel qualifié varie en fonction du poids des services sociaux dans l'offre de ces organisations. Ce type d'offre est le plus répandu et est généralement composé d'associations implantées de longue date dans ces services et des CCAS de taille moyenne.
- des organisations assurant une prise en charge minimale : ce type d'offre est composé de petites structures notamment des entreprises privées et des structures d'insertion. Elles sont spécialisées sur un type de service (aide ménagère) et quelques services périphériques tels que les petits travaux d'entretien et de jardinage. A côté de cette spécialisation sur un type de services, ces organisations s'adressent à un large public (personnes valides, personnes âgées et handicapées).

La dynamique de diversification des publics et des services est de plus en plus forte depuis la création de la formule mandataire. L'intensification de la concurrence a conduit les organisations spécialisées à s'ouvrir vers d'autres services et d'autres publics. Les organisations évoluent en effet vers des formes « hybrides » où l'offre de chacune est un composé de divers services destinés à des publics différents.

CHAPITRE II

L'INFLUENCE DE LA RÉGULATION PUBLIQUE SUR LA STRUCTURATION DE L'OFFRE

INTRODUCTION

Depuis la fin des années quatre-vingt, les dispositifs de régulation dans l'aide à domicile se sont superposés au point de rendre ce champ illisible (Du Tertre, 1999). Chaque nouvelle règle répond à une situation donnée ou à un objectif défini. La réduction d'impôt mise en place en 1992, par exemple, avait pour objectif de stimuler la demande mais aussi de lutter contre le travail informel. La création du statut de mandataire en 1987 visait, quant à elle, à alléger les contraintes du fonctionnement du contrat de gré à gré sans mettre en difficulté ce type d'offre. De même, la mesure d'ouverture du champ aux entreprises commerciales en 1996 répond à l'exigence de concurrence et, *a priori*, d'efficacité. Bien qu'il existe une multitude de règles s'appliquant à des aspects particuliers, elles présentent une cohérence d'ensemble. Cette cohérence s'aperçoit dans les trois dimensions de la régulation de ce secteur : la concurrence, le soutien à la demande et le caractère territorial de la régulation. Du Tertre parle de régulation conventionnée et territoriale (1999) et Haddad de régulation concurrentielle subventionnée (2004).

Les réformes entreprises depuis 2006 suite au plan de développement des services à la personne dit « Plan Borloo », attribué à l'ancien Ministre de l'emploi, du travail et de cohésion sociale, offrent une nouvelle impulsion à la régulation concurrentielle. Plus que jamais, l'aide à domicile est proche d'un marché à part entier. Ce plan élargit le champ des services à la personne et encourage la logique industrielle que les grandes entreprises sont appelées à mettre en œuvre. Il s'agit d'une logique similaire à celle de la grande distribution selon les termes de Haddad (2006). Le développement d'enseignes nationales créées par les grandes entreprises industrielles en partenariat avec des acteurs de la sphère de la finance et des assurances ouvre une nouvelle dynamique dans ces services. Il s'agit d'une dynamique de standardisation des services. La dissociation entre l'aide ménagère et l'aide à la personne permet aux entreprises de concevoir des services dépersonnalisés (Devetter et Rousseau, 2007). Sur un autre plan, les réformes contenues dans le plan auraient pour conséquence d'introduire de nouvelles inégalités en matière d'accès

à ces services selon Jean Gadrey⁶². En effet, la défiscalisation du revenu consacré à la consommation de ces services et le relèvement du plafond des réductions d'impôts semblent bénéficier aux personnes aisées selon Gadrey. D'un autre côté, l'objectif de productivité assignée à une telle stratégie exercera une pression sur le coût du travail induisant de fait le risque de freiner la progression salariale dans le métier. En outre, le plan encourage les emplois directs sous forme de gré à gré au détriment des emplois du secteur des organisations.

La régulation de l'aide à domicile agit directement sur l'offre. Non seulement de nouvelles formes d'offre apparaissent dans le paysage de ces services, mais la nature de l'offre existante évolue avec l'évolution de la régulation. Sans doute la plus grande évolution est l'arrivée des entreprises privées. Pour préserver leurs avantages, les associations se sont adaptées aux exigences de la concurrence en adoptant des stratégies innovantes. La professionnalisation de leurs emplois, la sectorisation de leurs activités ou la diversification de leurs services font partie de ces stratégies. C'est cette influence de la régulation qui nous intéresse dans ce chapitre. Dans un premier temps, nous définirons les deux principaux niveaux de régulation : la régulation transversale conduite par l'Etat et les régulations locales conduites à des échelons décentralisés (départements et communes). L'analyse de ces régulations est centrée sur leur conséquence sur l'offre. Ces régulations conduisent-elles à introduire plus de différenciation et de spécialisation au sein de l'offre ou au contraire, orientent-elles celle-ci vers la diversification des services et des publics pris en charges ?

Dans un deuxième temps, nous analyserons l'impact des régulations locales sur la configuration de l'offre. Les collectivités locales, notamment les communes et les départements, jouent un rôle primordial dans le fonctionnement de l'offre. Les politiques locales en matière de prise en charge de la dépendance sont différentes selon les territoires et l'ampleur des besoins. Sur la base d'une comparaison territoriale, nous proposons trois scénarios de régulation locale. Enfin, nous nous sommes intéressés au rôle de ces régulations dans la coordination en énumérant quelques exemples.

⁶² Entretien accordé à l'Observatoire des inégalités, 1^{er} mars 2006.

1. RETOUR SUR LES NOTIONS DE RÈGLE ET DE RÉGULATION

Avant de décrire le cadre institutionnel dans lequel évolue l'aide à domicile, il est utile de revenir sur les concepts de règle et de régulation. Dans ce point, les deux notions sont employées indifféremment pour désigner *les dispositifs institutionnels de régulation publique*. Nous avons souligné dans le chapitre I les difficultés que rencontrent les individus à se coordonner étant donné l'incertitude qualitative, l'insuffisante qualification du service et le problème de la formation des prix. Ces facteurs sont les principaux éléments conduisant à l'incomplétude de la logique marchande dans ces services. Nous avons également esquissé dans ce chapitre le rôle des conventions dans la coordination entre les différents acteurs. Dans ce premier point, nous voulons montrer la place de l'intervention publique dans ce marché en construction en ayant un regard critique sur son rôle. La régulation publique ne peut pas se justifier uniquement par l'incomplétude de la logique marchande. La dimension d'utilité sociale, ou d'utilité collective hybride selon les termes de Du Tertre (1999), suffit pour justifier l'intervention publique. Mais cela n'est pas l'objet de cette thèse. Nous limitons l'analyse au rôle que joue la régulation dans l'organisation du marché.

1.1. Les règles institutionnelles et les règles conventionnelles

Les règles instituées par l'État, les collectivités locales ou les organismes sociaux sont des règles institutionnelles différentes des règles conventionnelles exposées dans le chapitre précédent. La différence se situe à deux niveaux. D'abord, les règles institutionnelles sont édictées, contrôlées et sanctionnées par des institutions comme l'écrivait Jean Gadrey (1995) alors que les règles, *versus* conventions, trouvent leur origine dans les comportements cognitifs des acteurs (J. Gadrey, 1995, p.164). Ensuite, les règles institutionnelles sont « visibles et explicites » dans la mesure où elles ont une forme et une force juridiques portées à la connaissance de tous les acteurs. Les conventions par contre, peuvent être des règles « implicites » partagées par un groupe restreint d'individus. Nous n'allons pas développer ici l'articulation entre les conventions et les règles institutionnelles⁶³. Mais, précisons d'emblée que dans l'aide à domicile ces deux formes de règles s'influencent mutuellement. Certains comportements conventionnels ont émergé suite à l'application des règles institutionnelles et inversement, la mise en œuvre des dispositifs de régulation publique est parfois une réponse aux stratégies des acteurs. D'autre part, certaines règles viennent pour instituer d'une façon légale et formelle certains comportements

⁶³ Pour plus de développements voir Gadrey. J. (1990), « Rapports sociaux de services : une autre régulation », Revue économique, vol. 41, n°1, Janvier, pp. 49-69.

« informels ». Nous pensons plus précisément au dispositif d'emplois familiaux qui légalise le travail au « noir » ou encore la « légalisation implicite » de la division interne des tâches à travers l'accord de branche de mars 2002 et la grille AGGIR.

Les relations formelles ou informelles sont à l'origine des accords implicites ou de partenariats entre les organisations. Au fil des temps, les règles « privées » instituées par ces partenariats se sont érigées en véritables *conventions d'usage* dans l'aide à domicile. Nous avons mentionné dans le chapitre I, la convention de spécialisation entre l'aide familiale et l'aide aux personnes dépendantes ou encore les règles d'organisation interne propres à l'aide à domicile. Ces règles et conventions ne se sont pas matérialisées par une quelconque forme contractuelle. Leur respect et leur stabilité temporelle reposent essentiellement sur les dynamiques des réseaux sociaux qui font évoluer ces règles (Boyer et Orléan, 2004, P.257). L'adhésion d'un grand nombre d'acteurs à ces règles leur procure une certaine immunité vis-à-vis d'une éventuelle concurrence venant d'une autre règle. Dans le même sens, Favereau (2004) insiste sur l'importance de « l'apprentissage collectif » dans l'émergence et la stabilité des règles. Dans certains cas, notamment dans l'aide à domicile, pour stabiliser ces règles conventionnelles on a eu recours à des valeurs comme l'éthique ou la déontologie imposant l'adhésion inconditionnelle préalable à leur acceptation par les autres membres du groupe⁶⁴. Mais les règles ne sont pas figées. Elles sont évolutives en fonction de l'arrivée de nouveaux acteurs ayant une identité ou un profil différent. L'entrée des sociétés commerciales dans l'aide à domicile modifie les règles établies dans cette activité. L'évolution du cadre de régulation modifie constamment les règles de coordinations du marché et, par effet croisé, la configuration de l'offre. En essayant de clarifier les mécanismes sous-jacents, nous allons également tenter de définir la nature des rapports régissant ces formes de l'offre. Mais d'abord définissons le sens que l'on donne à ces règles institutionnelles.

1.2. Les règles dans la théorie des conventions

Chez les économistes des conventions, les règles sont des « *dispositifs cognitifs collectifs permettant de faire face, en permanence, à des événements imprévus, à l'incertitude* » (Favereau, 2004). La règle peut être créée dans le cadre institutionnel ou à travers une activité cognitive à laquelle participe un groupe d'individus. Cette distinction entre règles formelles instituées et règles « informelles » est important pour comprendre la coordination dans l'aide à domicile. L'une des particularités de ce marché en construction est l'existence de plusieurs situations potentiellement conflictuelles dont le traitement se fait

⁶⁴ On retrouve souvent ces valeurs dans les « chartes » portées par des fédérations de l'aide à domicile.

conjointement par des règles formelles et informelles⁶⁵. En ce sens, les règles apportent une substance à la rationalité économique des acteurs. Simon, dans sa théorie de la rationalité attribue à la règle un pouvoir de coordination surtout lorsque les individus évoluent dans un contexte complexe. La rationalité « procédurale » selon ses termes s'appuie sur les règles que le collectif érige comme *repères collectifs*. Mais la conception Simonienne de la règle diffère de celle des économistes des conventions. La différence se situe surtout dans l'origine de la règle. À la différence de l'économie des conventions, la règle pour Simon est créée par une institution garante de son application. Selon lui, « *les règles n'émergent pas des interactions, elles sont mises en place par des « savants » chargés de veiller à l'efficacité collective* » (Simon, cité par Postel, 2003, p.209). Le niveau des règles chez Simon est donc hiérarchique contrairement à la conception horizontale chez les économistes des conventions. Il développe donc « *une conception explicitement instrumentale des institutions et des règles* » selon Postel (*id.*, 2003, p. 208).). Cette conception est proche de celle de la théorie de la régulation (TR). Cette dernière range la règle dans un *principe de contrainte*⁶⁶ tout comme la Loi et le règlement (Boyer et Saillard, 2002, p.64). La TR appréhende les règles à travers sa vision des « formes institutionnelles⁶⁷ ». Pour les économistes des conventions, ces formes institutionnelles se traduisent par des règles ou des régularités de comportements, « *faute de quoi elles n'auraient aucun sens.* » (Favereau, *op.cit.*).

La finalité de la règle dans l'économie des conventions, comme d'ailleurs chez Simon, est de conduire l'organisation, le marché entre autres, à une meilleure coordination et à un niveau plus élevé d'efficacité. Dans l'aide à domicile, cette finalité correspond à neutraliser les tensions entre les acteurs de la relation de service. Ces tensions peuvent en effet émerger quand les motivations des acteurs de la relation sont contradictoires. Le cas le plus illustratif de ces tensions est le problème de définition du service, de sa qualité et de son prix (voir le chapitre I).

⁶⁵ Ce point sera analysé dans le chapitre VII.

⁶⁶ Dans la théorie de régulation, les institutions jouent un rôle de canalisateur des comportements individuels et collectifs. L'analyse de l'action des formes institutionnelles est effectuée sous l'angle de trois *principes* : le principe de contrainte (duquel on analyse l'impact des règles, des règlements et des lois) ; le principe de négociation (le rôle des compromis) ; et le principe de routine (le rôle des systèmes de valeurs ou des représentations). R., Boyer et Y., Saillard, (2002).

⁶⁷ Par forme institutionnelle (ou structurelle), on entend « toute codification d'un ou plusieurs rapports sociaux fondamentaux » (Boyer, 1986, p.48). Il existe cinq formes institutionnelles selon la TR : les formes de la contrainte monétaire, les configurations du rapport salarial, les formes de la concurrence, les modalités d'adhésion au régime international et enfin, les formes de l'État. (Boyer et Saillard, 2002, *op.cit.*).

2. LA RÉGULATION DANS LES SERVICES D'AIDE À DOMICILE AUX PERSONNES ÂGÉES

Deux principes caractérisent la régulation de l'aide à domicile : l'universalité de la prise en charge et l'égalité d'accès aux services. Du dernier principe découle une mesure réglementaire importante qui est la garantie de la qualité des prestations. La loi de rénovation de l'action sociale et médicosociale insiste d'ailleurs sur ce point en soumettant les prestataires à une évaluation de la qualité de leur prestation (article L. 312-8). La solvabilisation des besoins, la tarification de l'offre et surtout la qualité des services sont au centre de la régulation publique. Cette dernière a une dimension sociale importante puisque son but est d'assurer un bien-être de qualité pour les personnes dépendantes. Outre cette dimension, la régulation est aussi marquée par une dimension économique dont l'objectif est d'exploiter le « gisement » d'emplois que représente l'aide à domicile. La régulation de l'aide à domicile se définit donc comme un ensemble de règles qui poursuivent à la fois des objectifs sociaux et des objectifs économiques. Ce qui explique la superposition de plusieurs dispositifs institutionnels et la multiplication des acteurs intermédiaires. Pour une meilleure lisibilité, nous distinguons deux niveaux de régulation animés par deux types d'institutions :

- Les institutions centralisées qui regroupent les services déconcentrés de l'État et les institutions de l'assurance sociale (la CNAV et les mutuelles d'assurance). Elles sont centralisées dans le sens où elles adoptent une régulation nationale dépassant le cadre territorial. Nous qualifions leurs politiques de régulation transversale dans la mesure où elles définissent les règles (lois) applicables au niveau national.
- Les collectivités locales dont le Conseil général comme institution tarifaire et les Communes. Elles régulent la concurrence à travers des partenariats avec les acteurs de l'aide à domicile ou en produisant elles mêmes les services. Leur régulation est qualifiée de locale.

2.1. La régulation transversale de l'aide à domicile

Actuellement, deux cadres réglementaires coexistent dans l'aide à domicile : le régime de l'agrément préfectoral et le régime de l'Autorisation. Ces règles juridiques définissent le champ de l'activité de l'aide à domicile et régissent à la fois le fonctionnement interne des organisations et leur environnement. Toutes les organisations d'aide à domicile sont contraintes d'intégrer l'un des deux régimes. Le régime d'autorisation est un cadre réglementaire beaucoup plus exigeant sur le plan de la qualité et de gestion interne. En revanche, il institue un mode de financement favorable à la professionnalisation des pratiques de gestion et à l'amélioration de la qualité des services. Ce type de tarification consiste à financer le

budget total de l'organisation mais prévoit la reprise des plus values éventuellement réalisées, ce qui n'est pas le cas dans le régime de l'Agrément. Le régime d'Autorisation correspond à la logique et aux intérêts des organisations non marchandes mais interfère avec ceux du secteur marchand. D'où l'assouplissement de la réglementation en 2006 permettant le libre choix aux organisations d'intégrer l'un ou l'autre régime.

2.1.1. Le régime de l'Agrément préfectoral

Il existe deux types d'agréments : l'agrément simple et l'agrément qualité. Ces deux agréments ont été créés en 1991 et modifiés par la loi de 29 janvier 1996. L'agrément qualité est accordé par le préfet et l'agrément simple par la Direction Départementale du travail, de l'emploi et de formation professionnelle (DDTEFP). Depuis 2005, les deux agréments peuvent être obtenus auprès d'une seule autorité : le préfet de Département (loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne).

L'agrément simple peut être accordé à tout prestataire intervenant auprès des publics autres que ceux mentionnés dans l'agrément qualité. Ce public est en général composé de personnes valides. Ces dernières sont des ménages ordinaires qui demandent quelques heures de services de garde d'enfants ou de travail ménager. Ce sont également des personnes âgées *autonomes* qui expriment le besoin d'une aide au travail de ménage. La demande est généralement solvabilisée à travers des réductions d'impôts. Cette demande constitue le principal marché des associations mandataires et intermédiaires où le niveau de qualifications exigé est faible. C'est à juste titre que ce marché est particulièrement visé par les politiques d'insertion. D'ailleurs, le personnel intervenant est majoritairement sans qualification dont une partie est composée de personnes en insertion.

L'agrément qualité est une condition imposée aux prestataires intervenant auprès des personnes âgées de plus de 60 ans et des enfants âgés de moins de 3 ans. Le niveau de qualification du personnel intervenant est l'une des principales exigences de cet agrément. Il ne mentionne pas un type de qualification précis, mais oblige que l'employé ait obtenu un des diplômes reconnus dans le travail social (Encadré 3). Cet agrément aurait pu être un outil de régulation garantissant la qualité aux usagers si les critères de qualités étaient plus précis. Certes, il indique précisément les garanties en matière de qualité de l'accueil et de fonctionnement de l'organisation. En outre, des dispositions de contrôle de la qualité et de suivi sont prévues. Par ailleurs, le cahier des charges reste très vague sur la qualification des intervenants et l'organisation de la prestation. L'intervenant peut être un employé qualifié, un employé en cours de qualification ou un employé en insertion⁶⁸. De même, il ne précise pas la façon dont l'organisation doit

⁶⁸ cf. arrêté du 24 novembre 2005, cahier de charge de l'agrément qualité, Législation sociale N°8672 - A1 paru le 16 février 2006.

mobiliser les moyens pour produire la qualité. Par exemple, aucune précision sur la qualification de l'employé n'y est indiquée quand la prestation concerne une personne âgée lourdement dépendante. Cette limite réduit la capacité de l'agrément à s'imposer comme un signal de qualité viable. Dans la pratique, le contrôle de l'application des conditions de l'agrément par les organisations agréées est quasiment inexistant. Ceci se traduit par d'importantes disparités de qualité entre les organisations agréées (Haddad, 2004).

Paradoxalement, ce sont d'autres règles conventionnelles qui apportent une solution à ce problème. On peut citer la convention d'objectifs et de financement que certains départements ont mis en place pour mieux encadrer l'action des organisations prestataires subventionnées ou l'accord de branche de l'aide à domicile. Ces deux dispositifs précisent le niveau de qualifications professionnelles nécessaire en fonction des niveaux de dépendance pris en charge. En ce sens, ils offrent un cadre de différenciation qualitative des prestations⁶⁹. L'articulation entre ces règles conventionnelles et la règle institutionnelle qui est l'agrément serait susceptible de créer un cadre plus clair de différenciation des qualités⁷⁰.

L'importance de l'agrément qualité, au-delà de sa place dans la régulation, est le fait qu'il institutionnalise le décloisonnement statutaire entre le marché des services de garde d'enfants et celui des services d'aide aux personnes âgées et handicapées. La barrière à l'entrée sur l'un ou l'autre marché est levée dès lors que l'organisation obtient cet agrément. En ce sens, il est une incitation institutionnelle à la polyvalence et à l'hybridation des activités et des compétences. C'est ce que nous remarquons dans la pratique puisqu'une écrasante majorité des organisations agréées délivrent les deux services. Cela signifie qu'une organisation agréée répond à toutes les demandes : aide aux personnes dépendantes ou autonomes, garde de ces personnes de nuit ou de week-end et garde d'enfants de tout âge.

⁶⁹ Le respect de ce cadre est tributaire d'un certain nombre de contraintes économiques et en matière de ressources humaines. D'où les difficultés des organisations mais également des financeurs à respecter leurs engagements.

⁷⁰ Cette articulation n'est pas mise en œuvre actuellement puisque les différentes règles appartiennent à des registres différents sans une réelle coordination.

Encadré 3. Agrément simple et Agrément qualité

L'Agrément simple est facultatif tandis que l'Agrément qualité est obligatoire pour pouvoir intervenir auprès des personnes fragiles. Pour être agréé, le prestataire doit exercer à titre exclusif l'activité de fourniture de services d'aide à domicile.

L'obtention d'un des deux agréments permet d'ouvrir droit, au bénéfice des organisations ainsi qu'à leurs clients, des avantages fiscaux ou sociaux. Les organisations agréées sont exonérées des cotisations patronales de la sécurité sociale dans la limite d'un SMIC. Elles bénéficient également d'un taux de TVA réduit (5,5%). Pour leur usagers ou clients, ils bénéficient d'une réduction de 50% d'impôt sur le revenu par foyer fiscal dans la limite d'un plafond de 12000€/an de dépenses en services d'aide à domicile. Ce plafond est majoré de 1500€ par enfant ou ascendant de plus de 60 ans à charge vivant sous le toit du contribuable, dans la limite de 15000€/an.

Les deux agréments ont une validité nationale sur une période de 5 ans. Toute organisation dont l'activité principale est la prestation de services d'aide à domicile peut demander l'un des deux agréments sauf les CCAS. Ces derniers ont la faculté de demander un agrément uniquement pour les activités de garde d'enfants de moins de 3 ans. Quand ils disposent d'un centre d'hébergement social, ils peuvent également demander l'agrément qualité pour les activités d'aide aux personnes âgées.

Agrément simple

Il est délivré par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. Il permet d'exercer l'activité de l'aide à domicile dont la liste des services est fixée par décret. L'organisation demandeuse de cet agrément doit préciser la liste des services dont elle prévoit la fourniture. Elle doit déposer un dossier comprenant un certain nombre d'engagements, notamment en ce qui concerne les ressources humaines et le mode de gestion de la structure. Les personnes âgées de plus de 60 ans, les enfants âgés de moins de 3 ans et les personnes handicapées sont hors champ de cet agrément. En général, le public pris en charge par les organisations qui rentrent dans le cadre de cet agrément est solvabilisé par une réduction d'impôts ou par les allocations de la caisse de retraite, des mutuelles ou de la CAF. Les services sont tarifés selon le système de tarification unique départemental. Au-delà de ce tarif, les organisations ou les usagers supportent le surcoût.

Agrément qualité

Il est attribué par le préfet du Département après avis du président du Conseil Général sur la capacité de l'organisation à satisfaire les engagements de qualité. Cet agrément est obligatoire à toute organisation intervenant auprès des personnes handicapées ou indépendantes, des personnes âgées de plus de 60 ans et des enfants âgés de moins de 3 ans. Les associations intermédiaires en sont exclues, mais peuvent obtenir des dérogations pour les petits travaux de jardinage ou d'entretien du domicile. L'agrément qualité est une déclinaison de l'agrément simple avec des conditions plus exigeantes sur le plan de la qualité. L'estimation par la DDASS du niveau de satisfaction des conditions de l'agrément est fondée sur les expériences passées. En prenant en compte les pratiques des structures existantes jugées satisfaisantes, la DDASS aligne les compétences exigées des nouvelles structures sur celles des anciennes (Haddad, 2003, p. 201).

Les conditions de l'obtention de l'agrément sont déclinées en 6 thèmes :

- l'organisation d'un accueil de qualité : qualité de l'accueil téléphonique, physique et au sein des locaux.
- l'individualisation de la prise en charge : évaluation individualisée des besoins et adaptation du service à la situation de la personne aidée.
- Clarté et qualité de l'offre : établissement d'un contrat de prestations que le bénéficiaire doit accepter au regard de ses attentes.
- les modalités de l'intervention : obligation de continuité de la prestation, spécification des engagements des employés et information des employés et de l'utilisateur sur ces modalités.
- le suivi et l'évaluation de l'intervention : contrôle interne de la qualité, enquêtes annuelles de satisfaction des usagers et évaluation de l'application de la charte de qualité.
- la qualification du personnel : exigence de qualifications reconnues pour certaines activités. Le personnel d'encadrement doit être diplômé ou certifiant une expérience suffisante.

Ces conditions peuvent être pondérées selon les situations. Une meilleure coordination des services peut pallier l'insuffisante qualification du personnel.

Source : Décret n° 2005-1384 du 7 novembre 2005 et Arrêté du 24 novembre 2005. Liaisons Sociales, N° 8672, 2006.

2.1.2. *L'agrément qualité : une règle institutionnelle efficace ?*

Cet agrément institué par l'État contraint les organisations prestataires à respecter le cahier des charges notamment en ce qui concerne les procédures de production de la prestation. En ce sens, cette règle correspond à la définition de Simon et celle de la TR. Elle impose une régularité des comportements et la conformité au cadre déterminant la procédure et les moyens nécessaires pour mettre en place la relation de service. Sa finalité, *a priori*, consiste à garantir un certain niveau de qualité et à réduire ainsi l'incertitude des usagers sur la qualité. Cependant, la capacité de coordination de la règle diminue voire même disparaît lorsqu'elle est insuffisamment lisible ou interprétée différemment par les agents. Ceci revient à supposer que l'efficacité de la règle est altérée si l'hypothèse de *connaissance commune* au sens de la théorie des conventions n'est pas respectée. La régularité des comportements est assurée que si cette règle est connue et appliquée de la même façon par l'ensemble des acteurs. Or, cette hypothèse est critiquée par plusieurs auteurs comme le note Dupuy⁷¹ (1989). Cette critique est résumée par André Orléan par le « *doute sur le fait que l'autre va effectivement se conformer à la règle R* » quand les acteurs arrivent à un certain niveau d'interactions stratégiques et de connaissances croisées (Orléan, 2004, p.65). En ce qui concerne l'agrément qualité, un certain nombre de remarques à propos de la connaissance de cette règle s'imposent. Si cet agrément est parfaitement connu dans la profession de l'aide à domicile, il est en revanche souvent méconnu des usagers. Déjà au premier niveau d'interactions, entre les demandeurs et les offreurs, il existe un déficit de connaissance à propos de la règle. Ensuite, au deuxième niveau d'interactions, personne n'est certain que les autres se conforment aux conditions de cette règle. En effet, cet agrément est très vague sur les exigences en matière de qualité, ce qui rend son application variable selon les interprétations des uns et des autres. En outre, le contrôle de son application est très faible voire même inexistant si l'en croit les acteurs que nous avons rencontrés notamment les chargés de mission de la DDTEFP. Par conséquent, il est tout à fait possible que l'agrément qualité soit l'objet d'incertitude stratégique à propos du comportement des uns et des autres. Les prestataires doivent interpréter ce que font les autres afin de ne pas s'écarter du comportement « conventionnel ». Ce travail de clarification de la règle est souvent mené dans le cadre d'un réseau d'offeurs où les prestataires formalisent et partagent les bonnes pratiques dans plusieurs domaines. D'ailleurs, l'échange de bonnes pratiques est recommandé dans l'arrêté définissant le cahier des charges de l'agrément laissant ainsi la possibilité aux acteurs de s'accommoder avec ses exigences en fonction des spécificités locales (encadré 4).

⁷¹ Pour plus de détails sur la non-pertinence de l'hypothèse de connaissance commune, se rapporter à l'article de Jean-Pierre Dupuy, (1989), « Conventions et Common Knowledge », *Revue Économique*, n°40, mars.

Enfin, l'agrément qualité ne peut pas être considéré comme un signal de qualité, autrement dit, un outil permettant de rendre visible les différenciations qualitatives sur le marché. D'ailleurs, il n'est pas conçu pour remplir cette fonction mais pour assurer un niveau minimum de qualité des prestations à destination d'un public spécifique.

Encadré 4. Le cahier des charges de l'agrément qualité (résumé)

Le cahier de charge de l'agrément qualité définit les engagements des prestataires d'aide à domicile en termes de qualité. Les prescriptions de ce cahier des charges constituent des références qualitatives que le prestataire met en œuvre individuellement ou en s'associant avec d'autres prestataires. Il lui appartient de définir et de mettre en œuvre les modalités d'organisation, d'encadrement et de coordination des interventions de façon à être en mesure d'assurer une prestation de qualité. Il est également recommandé aux prestataires de prendre en compte les recommandations de bonnes pratiques mises en œuvre au niveau national ou au niveau local.

La qualité de la prestation du service d'aide à domicile se décline en six axes résumés comme suit :

- 1) *Organisation d'un accueil de qualité* : la demande doit être instruite dans les meilleures conditions et l'utilisateur doit être informé de l'ensemble des services fournis par le prestataire.
- 2) *L'individualisation de la prestation* : la qualité doit être définie sur la base d'une évaluation de la situation de la personne âgée. Elle est personnalisée à chaque situation. Le prestataire s'engage à réévaluer les besoins des personnes âgées prises en charge au moins une fois par an, et adapter la qualité suite à cette réévaluation.
- 3) *Clarté et qualité de l'offre de service* : le prestataire doit formaliser l'accord avec la personne âgée en un contrat écrit. « Tout abonnement et toute prestation donnent lieu à l'établissement d'un contrat écrit avec le bénéficiaire précisant la durée, le rythme, le type, le coût de la prestation et le montant restant à la charge du bénéficiaire ».
- 4) *Les modalités d'intervention* : le prestataire doit assurer la continuité du service y compris pendant les WE. Il doit aussi garantir le remplacement de l'employé dans toutes les situations où ce dernier est absent. Le prestataire s'engage également à coordonner les différentes interventions et d'en informer la personne âgée de toute modification dans le déroulement de la prestation. Les employés doivent être informés sur la situation de l'utilisateur et associés aux modalités fixant le déroulement de la prestation.
- 5) *Le suivi et l'évaluation des prestations* : le prestataire doit évaluer la qualité de ses prestations et apporter les améliorations nécessaires si besoin. Il doit prendre en compte les attentes des usagers moyennant des enquêtes annuelles auprès de ses clients.
- 6) *Critères de sélection des employés* : le prestataire doit s'assurer des aptitudes professionnelles du personnel recruté. Le niveau de qualification de référence correspond à un diplôme ou un titre professionnel reconnu dans la branche.

Parmi ces contraintes, certaines sont claires. C'est le cas des conditions d'ordre organisationnel (contractualisation de la prestation, information sur les services ou l'auto-évaluation de la qualité). En revanche, les autres contraintes notamment celles qui touchent la qualité du service sont floues. C'est le cas par exemple de la qualification professionnelle du personnel que l'agrément ne précise ni le niveau ni le profil socio-sanitaire du destinataire du service. C'est aussi le cas de l'engagement sur l'adaptation de la qualité et de l'engagement à prendre en compte les attentes des usagers que l'agrément ne définit pas le contenu. Les termes d'adaptation et d'attentes peuvent être interprétés différemment selon les individus et selon les contextes de la prestation.

Source : Arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité », Législation sociale N°8672, 2006.

2.1.3. Le régime d'autorisation : favoriser la démarche de projets multi-publics

La loi 02-2002 de rénovation de l'action sociale et médicosociale⁷² instaure un régime d'autorisation obligatoire à toute structure d'aide à domicile. Outre les dispositifs d'amélioration de la relation de service, la loi insiste sur la nécessité d'avoir une démarche de projet d'établissement⁷³. Le projet définit un plan d'activité de moyen terme en adéquation avec les orientations du schéma départemental d'action sociale et médico-sociale. Le prestataire doit avoir une démarche de planification en analysant les besoins des publics pris en charge et l'adéquation de ses moyens aux objectifs définis. Cette démarche incite-elle à la polyvalence ? La loi le souligne implicitement. En effet, l'autorisation est accordée pour une période de cinq ans, renouvelable au vu des résultats positifs d'une évaluation externe. L'organisation doit attendre au minimum trois ans avant de faire une demande de renouvellement lui permettant l'extension de ses activités (article 33). Pour ne pas subir cette contrainte, dès la première demande, les organisations proposent un projet où les activités couvrent un public diversifié. Cette anticipation stratégique semble être suivie par plusieurs organisations comme nous l'avons constaté lors de nos entretiens : *« Le mot d'ordre est d'inciter les associations membres de notre réseau à déposer des dossiers avec un projet qui touche tous les publics, ça leur évite de faire une nouvelle demande d'autorisation pour une extension de leurs activités »*⁷⁴.

Outre le fait que les organisations sont amenées à adopter des comportements stratégiques en anticipant la diversification de leurs services, le mode de tarification institué par la loi est une incitation forte à la variété et à la qualité. En effet, l'institution tarifaire finance l'ensemble du budget de l'organisation y compris les dépenses correspondant à la diversification des services et à leur encadrement. La nouvelle tarification (décret budgétaire du 22 octobre 2003) assure le financement des projets en distinguant cinq groupes de dépenses. Les trois premiers sont liés à la rémunération des employés en fonction de leurs qualifications. Le quatrième poste de dépense se rapporte à l'encadrement des employés et la coordination entre les différents services. Le cinquième poste touche aux frais de structure (gestion, direction et frais de déplacement). L'ensemble de cette architecture se traduit dans la pratique par la définition de trois tarifs horaires. Le tarif est différent selon que le service, ou une partie du service, est produit par un personnel qualifié, moyennement qualifié ou non qualifié.

⁷² Cette loi intègre l'aide à domicile dans le champ médicosocial engageant ainsi les prestataires à respecter certaines règles. Les principaux acteurs de l'aide à domicile notamment le secteur associatif sont favorables à cette réforme perçue comme une reconnaissance institutionnelle qui fut d'ailleurs l'une de leurs revendications.

⁷³ « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans... » Art. L. 311-8 du code de l'action sociale.

⁷⁴ Animatrice d'un réseau de 90 associations d'aide à domicile.

Ce mode de tarification a le mérite de distinguer les prestations de qualité et celles qui le sont moins. Les organisations auront donc la possibilité de prendre en charge des populations différentes sans avoir à se soucier du coût de la qualité exigée. L'autorité tarifaire rembourse le coût réel des prestations et non plus un coût forfaitaire fixe comme c'est le cas dans le régime de l'Agrément. Ainsi le coût de la qualité est pris en charge directement par l'autorité tarifaire dans la mesure où la qualification du personnel et l'encadrement servent de base de calcul des tarifs. Les trois tarifs définis correspondent en réalité à trois qualités de service hiérarchisées : qualité supérieure, qualité moyenne et basse qualité. La logique de ce système est fondée sur l'association entre la qualification d'une part et le type de public aidé d'autre part. Les organisations ont intérêt à couvrir tous les besoins d'aide à domicile puisque qu'elles ne supportent aucune dépense supplémentaire liée à leur diversification. Ceci est vrai sauf si le financement de l'aide à domicile obéit au même système que celui décrit par la loi 02-2002. Or, ce système ne concerne que les prestations financées par le Conseil Général, autrement dit les personnes âgées classées en GIR 1 à 4. Les personnes âgées en GIR 5 et 6 sont financées par les caisses de retraite, par la caisse d'assurance maladie pour les soins à domicile et par la CAF pour l'aide à domicile aux familles en difficultés. Ces institutions autres que le Conseil Général ont décidé de continuer à financer l'aide à domicile par un tarif horaire unique quel que soit le niveau de qualification du personnel (Maerel, 2004). Ceci contribue à une segmentation de l'offre : une offre financée sur un budget global et une offre financée sur un tarif forfaitaire.

2.1.4. L'assouplissement du régime : vers une segmentation entre l'offre agréée et l'offre autorisée

Le plan du développement des services à la personne⁷⁵ assouplit la réglementation de l'activité de l'aide à domicile. Désormais, l'Autorisation vaut de facto l'agrément qualité. Les prestataires ont le choix entre le régime d'Autorisation et celui de l'Agrément. Comme on l'a vu plus haut, le financement dans le régime de l'autorisation est basé sur le budget et celui du régime de l'agrément sur un tarif unique. Il faut préciser que dans le régime d'autorisation, les bénéfices réalisés par les organisations sont repris par l'autorité tarifaire et les déficits sont épongés, ce qui n'est pas le cas dans le régime de l'agrément. Les organisations auront donc à choisir entre les deux systèmes de financement en anticipant leur rentabilité future. Le régime d'autorisation est bénéfique pour les organisations connaissant un déficit chronique et l'agrément pour les organisations rentables.

Il nous semble que l'arbitrage se fera en fonction de deux facteurs. Le premier correspond aux valeurs de l'organisation. La logique non marchande du secteur à but non lucratif est en harmonie avec la logique

⁷⁵ Connu sous le nom du plan Borloo, cf. loi du 26 juillet 2005.

d'Autorisation. La finalité de l'aide à domicile dans ce secteur étant la prise en charge des besoins sociaux et non pas la réalisation du profit, ce qui le distingue du secteur marchand, aura à gagner en optant pour le régime d'autorisation puisqu'il lui apporte des moyens financiers importants. Le deuxième facteur intervenant dans le choix d'un des deux régimes est le coût réel du service. Les organisations dont le prix de revient est supérieur ou égal au tarif départemental seraient incitées à intégrer le régime de l'autorisation puisque celui-ci leur garantit l'équilibre financier. Ce régime ne présente aucun intérêt économique aux organisations dont le prix de revient est inférieur au tarif départemental. La recherche du profit peut conduire ce dernier type d'organisations à demeurer dans le régime d'agrément. C'est le cas des prestataires spécialisés dans des services rentables notamment ceux dont l'activité est majoritairement définie par l'agrément simple.

L'assouplissement du régime d'autorisation ouvre donc la voie à une probable segmentation de l'offre où l'on distingue une offre autorisée et une offre agréée. Dans ce cas de figure, la nature des activités et des publics pris en charge serait également différente selon la nature de l'offre. Le secteur marchand voit en cette segmentation un risque pour son avenir. Selon les responsables des associations que nous avons rencontrés, la crainte vient du fait que les organisations autorisées seraient, semble-t-il, dirigées vers une spécialisation sur des publics fragiles (personnes âgées et enfants en bas âge). Les organisations marchandes, quant à elles, seraient incitées à s'implanter sur le marché de l'aide aux ménages actifs financés par les réductions d'impôts. Cette crainte semble être fondée puisque la spécialisation sur des publics et des services est aujourd'hui une réalité selon certaines études (Verollet, 2007 et Precepta, 2007) même si la dynamique de diversification est en marche (cf. Chapitre I).

Avec cette segmentation, on aura donc un marché des « organisations autorisées » où les services sont financés par le Conseil Général et un marché des « organisations agréées » où les services sont financés par d'autres moyens notamment à travers la défiscalisation du revenu. Entre les deux types d'offre, la concurrence est exclusivement en prix. Les organisations autorisées seraient exclues du marché des organisations agréées en raison de leurs coûts élevés. Même si la qualité peut jouer en leur faveur, ces organisations ne seront pas incitées à y entrer puisqu'elles doivent proposer des prix fixés par les financeurs. Ce prix unique est une vraie contrainte puisqu'il s'impose quasiment comme un prix plafond. D'ailleurs, les organisations qui ont décidé de faire payer les usagers 1 € l'heure en supplément du prix fixé par les financeurs ont été rapidement rappelées à l'ordre par la caisse d'assurance vieillesse et menacées de déconventionnement (Maerel, 2004).

Encadré 5. Résumé de la réglementation et tarification de l'aide à domicile

1. Le régime de l'agrément :

Les prestataires de l'aide à domicile doivent avoir un agrément délivré par le préfet et la direction régionale du travail et de la formation professionnelle pour pouvoir exercer l'activité. Deux agréments sont prévus par la loi de 29 janvier 1996 :

- *L'agrément qualité* concerne les prestations effectuées auprès d'enfants de moins de 3 ans et de personnes âgées de plus de 60 ans. Il est obtenu auprès du Préfet du Département après avis de la DDASS (Direction départementale des affaires sociales et sanitaires).
- *L'agrément simple* régit les autres prestations d'aide aux personnes (aide ménagère, entretien du domicile...), est obtenu auprès de la DDTEFP.

L'agrément qualité oblige le prestataire à mettre en œuvre les compétences nécessaires adaptées à la nature du public pris en charge. Les compétences de référence doivent être au minimum des qualifications reconnues de niveau V. En outre, le prestataire doit procéder à une réévaluation au moins chaque année des besoins des personnes prises en charge et adapter la qualité des prestations en conséquence (cahier des charges agrément qualité).

2. Le régime d'autorisation

La loi de modernisation sociale de 2 janvier 2002 conditionne l'exercice de l'aide à domicile aux personnes âgées, handicapées ou aux familles en difficulté à l'obtention d'une Autorisation d'activité auprès d'une autorité régionale (CROSMS, Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale). L'autorisation est accordée pour 15 ans en fonction d'un cahier des charges bien défini.

La loi instaure également un nouveau mode de tarification basé sur un budget annuel déposé par chaque prestataire ayant obtenu une autorisation auprès du CROSMS. Les organisations seront désormais tarifées en fonction de leur coût de revient réel et non plus sur la base d'un tarif unique fixé par le Département qui est, jusque là, le mode de tarification prévalant.

Assouplissement de la réglementation de l'aide à domicile en 2005

La loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne a apporté quelques modifications à la régulation de l'aide à domicile. Dans le souci de simplifier la procédure d'obtention des agréments, jugée trop rigide et trop longue, la loi instaure ces règles suivantes :

- les deux agréments, simple et qualité, peuvent être désormais obtenus auprès de la même autorité (le préfet du département) au lieu de deux auparavant ;
- un réseau d'association peut faire une demande unique pour l'obtention de l'agrément qualité pour l'ensemble des membres du réseau ;
- l'Autorisation délivrée par le Conseil Général est de facto un agrément qualité ;
- l'agrément simple, qui jusqu'à présent a une validité départementale, aura désormais une validité nationale.

Au même moment, les organisations prestataires ont le choix entre l'Agrément qualité et l'Autorisation. Celles qui préfèrent demeurer sous le régime de l'Agrément seront tarifées selon les modalités actuelles (tarif unique). Par ailleurs, celles qui choisissent le régime d'Autorisation seront financées sur la base du budget présenté.

3. le conventionnement

La caisse de l'assurance vieillesse conventionne les organisations prestataires dont les clients sont des assurés. Il s'agit principalement des personnes faiblement dépendantes non bénéficiaires de l'APA. Le conventionnement définit les règles à suivre en matière de prestation de services notamment en ce qui concerne les règles de qualité. À l'instar du Conseil Général, la CNAV fixe un tarif de référence pour les prestations qu'elles financent. Le nombre d'heures de service dont bénéficient les assurés est calculé sur la base de ce tarif. Les organisations conventionnées s'engagent à ne pas augmenter leur tarif.

Tableau 8. Les différents avantages fiscaux en fonction de la nature de l'offre

Statut de l'offre	Exonération fiscale au bénéficiaire du service	Exonération des charges sociales	TVA et taxe sur les salaires
Offre de gré à gré	50 % du montant des dépenses engagées (salaires et charges sociales acquittées) dans la limite d'un plafond annuel de 15000 € de dépenses* Dispositif en application depuis janvier 1992 modifié en 2005 dans le cadre du plan de développement des services à la personne	- Exonération des charges sociales patronales pour les personnes handicapées, les personnes dépendantes de moins de 70 ans et les personnes âgées de plus de 70 ans (amendement Séguin, 1987) - Mise en place d'un plafond d'intervention	Pas de TVA ni de taxes sur les salaires**
Offre mandataire			
Offre non marchande agréée		- Exonération des charges sociales patronales pour les personnes handicapées, les personnes dépendantes de moins de 70 ans et les personnes âgées de plus de 70 ans - Exonération élargie sur les salaires des autres employés dans la limite du SMIC - Mise en place d'un plafond d'intervention - Exonérations valable uniquement pour les aides à domicile employées sous CDI	Pas de TVA mais taxes sur les salaires
Offre marchande agréée			Taux réduit de TVA à 5,5 % (depuis 1999, appliqué par la loi des finances de 2000, auparavant était à 19,6%)
Associations intermédiaires		- Exonération des charges sociales patronales pour les personnes handicapées et les personnes âgées de plus de 70 ans (amendement Séguin, 1987) - Mais limitation à 750 heures de travail par an et par salarié ouvrant droit à l'exonération	Pas de TVA ni taxe sur les salaires
Offre non marchande non agréée	Pas d'exonérations fiscales	Pas d'exonérations	Pas de TVA mais Taxes sur les salaires
Offre marchande non agréée			Taux normal de TVA (19,6%)

* plafond relevé en 2005 de 10000€ à 15000€ par an.

** la taxe sur les salaires est due par les établissements qui ne sont pas soumis à la TVA sur la totalité de leur chiffre d'affaires.

2.2. Les régulations locales de l'aide à domicile

Sur le territoire départemental, deux institutions façonnent la régulation locale : le Conseil Général en tant que autorité tarifaire et les communes au titre de leur politique sociale facultative.

2.2.1. La Régulation départementale

Le Conseil Général est la principale institution de régulation au niveau local. Depuis 2004, suite à l'acte II de la décentralisation, cette institution est chargée de mener la politique sociale au niveau départemental notamment la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. La régulation « départementale » se définit à deux niveaux : le financement de la demande d'une part et la tarification et le contrôle de l'offre d'autre part.

Le financement de la demande est fondé sur l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). Cette allocation est accordée sous condition de l'âge, de résidence et de l'état de santé. Toute personne âgée de plus de 60 ans et considérée dépendante au sens de la grille AGGIR⁷⁶ peut bénéficier de cette allocation. Le montant de l'allocation est calculé en fonction des ressources de la personne bénéficiaire et de son niveau de dépendance. Elle est versée directement à la personne âgée ou, avec l'accord de celle-ci, à l'organisation prestataire du service qu'il a choisi librement. L'utilisation de cette allocation est rigoureusement codifiée par la loi qui l'a institué⁷⁷. Seules les dépenses figurant dans le plan de l'aide arrêté par l'équipe médicosociale sont financées par cette allocation. Par contre la loi offre la possibilité au président du Conseil Général de financer par dérogation des dépenses en dehors du plan de l'aide. Ainsi, la personne âgée dispose d'un revenu lui permettant de choisir en toute liberté un prestataire d'aide à domicile. Néanmoins, les personnes lourdement dépendantes (GIR 1 et 2) doivent être incitées à recourir vers un « service prestataire d'aide à domicile qui vaut assurance de la continuité de l'aide »⁷⁸. Même les personnes classées dans les autres GIR et qui nécessitent une surveillance régulière du fait de la détérioration de leur état physique ou intellectuel, ou en raison de leur isolement social, doivent être incitées à choisir l'offre des organisations prestataires plutôt que de l'offre de gré à gré⁷⁹.

Les dépenses de l'APA sont financées sur le budget de l'Etat. Mais la gestion de ce financement est accordée aux Conseils Généraux. Certes ces derniers disposent d'une marge de manœuvre dans la

⁷⁶ Voir encadré 1 page 46.

⁷⁷ Loi de 20 juillet 2001.

⁷⁸ Note d'information DGAS/2 C n° 2002-536 du 23 octobre 2002 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie. Source : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-47/a0473691.htm>

⁷⁹ Selon la note de la DGAS/2 (2002, id.)

conduite de leur politique locale mais les montants de l'APA sont plafonnés pour chaque GIR. A en croire une étude effectuée par la DREES, il existe des disparités départementales dans les montants de l'APA (Jeger, DREES, 2005). Cette disparité est notamment très élevée concernant les personnes modérément dépendantes (GIR 4). L'étude de la Drees consiste à mesurer les disparités à l'aide d'un modèle économétrique. Cette modélisation a pu montrer des modèles de politiques locales en croisant la proportion des bénéficiaires de l'APA avec les montants moyens de cette allocation. On constate en effet que certains Départements favorisent l'accès facile à l'APA mais en réduisant les montants de cette allocation. Il s'agit notamment du Département des Régions des Hautes Pyrénées et de la Mayenne. A l'opposé, d'autres Départements fixent un montant élevé tout en limitant l'accès à cette allocation. Les Départements d'Ile de France et de la Côte d'Azur se distinguent clairement par cette politique (Jeger, op. cit.). Cependant, d'autres Départements s'écartent de ce schéma avec un nombre de bénéficiaires de l'APA et des montants d'aide élevés.

Au-delà de ces disparités, il est important de constater l'émergence d'une réelle politique locale en matière de développement de l'aide à domicile. En tant qu'autorité de régulation, les Départements commencent à prendre des initiatives pour conduire une politique plus adaptée à la réalité économique et sociologique du territoire. La contrainte budgétaire conduit les Départements, à travers des initiatives différentes, à optimiser l'offre en faisant jouer la concurrence. Le but recherché peut être l'amélioration de la qualité des services, de l'efficacité en matière de dépenses et de la couverture des besoins locaux. Le rapport qualité-prix est le principal critère de financement des organisations institué par la loi de 02-2002. Par le jeu de la concurrence, les Départements sélectionnent les meilleurs contrats (proposition de budget) suivant ce critère. Comme nous l'avons constaté dans le Département de l'Isère, en contrepartie d'un financement généreux pour améliorer la qualité, les organisations sont appelées, moyennant une politique «de fermeté», à maîtriser leurs dépenses. Le responsable de l'action sociale départementale l'a précisément affirmé :

« Nous encourageons les organisations conventionnées à s'investir dans des démarches de qualité et nous accompagnons leur effort par le financement nécessaire. Cependant, nous sommes intransigeants sur la maîtrise des dépenses de gestion. Nous intervenons dans la gestion interne des organisations si nous constatons des dérives par rapport aux objectifs définis par la convention... J'ai moi-même demandé le départ d'une Directrice des Ressources Humaines d'une importante association en raison de sa gestion laxiste... » (Responsable de l'action sociale, Conseil Général de l'Isère).

D'autres initiatives allant dans le même sens peuvent être constatées. En effet, les Départements font un arbitrage entre l'offre prestataire des organisations et l'offre mandataire ou de gré à gré. Cette dernière offre est connue pour son coût moins élevé surtout pour les interventions de nuit ou de week-end. A l'inverse, le prestataire est coûteux mais la prestation est, *a priori*, de meilleure qualité par rapport au gré à gré. L'arbitrage se fait finalement entre une offre de qualité mais coûteuse à la collectivité locale et une

offre à moindre coût mais de faible qualité. Selon une étude récente (Rivard, 2006), les Conseils Généraux adoptent des comportements différents quant à la régulation des services de l'aide à domicile. Trois orientations sont possibles selon cette étude:

- Privilégier clairement le recours au régime prestataire pour l'aide financée par l'APA. S'il est facile de convaincre les personnes dépendantes de recourir à ce type d'offre, il n'en est pas de même pour les personnes modérément dépendantes à cause du prix jugé élevé.
- Appuyer l'offre prestataire mais sans qu'elle puisse prendre une place prédominante sur le marché. Cela revient à dire que l'offre de gré à gré domine et qu'il faudrait la coupler avec l'offre prestataire.
- Recourir de façon opportune aux différentes formes de l'offre. Une grande partie de Départements suivent cette option. Les bénéficiaires sont orientés vers l'offre prestataire ou mandataire suivant leur niveau de dépendance. Cette spécialisation par public peut se trouver également dans les deux autres options.

D'autres initiatives départementales ont été notées notamment en ce qui concerne la coordination et la structuration de l'offre ou l'amélioration de la qualité des prestations. Nous notons particulièrement la création des plates-formes de services (Département du Nord) et la mise en place des conventions départementales pour l'amélioration de la qualité (Département du Rhône). Ces différentes initiatives témoignent de l'émergence d'une politique locale en matière de développement des services d'aide à domicile. Il s'agit donc d'une véritable régulation territorialisée conventionnée au sens de Du Tertre (1999). Comme nous l'avons déjà précisé plus haut, ces régulations façonnent le marché. Elles influencent la structure de l'offre dans le sens où elles modifient les rapports de concurrence entre les différentes formes d'offre (entre l'offre marchande, non marchande et de gré à gré). Elles peuvent également modifier les stratégies des organisations notamment en ce qui concerne la spécialisation ou la diversification des services et des publics.

2.2.2. La « régulation communale »

La régulation Départementale est loin d'être uniforme au niveau de son territoire. Les Communes interviennent également sur leur territoire en menant une politique infra locale. La régulation communale s'appuie sur les CCAS. Il ne s'agit pas d'une régulation proprement dite visant à réguler les rapports sur le marché mais surtout d'une politique municipale en matière d'aide à domicile aux personnes âgées. Son intervention se limite à offrir le service et garantir un accès équitable aux personnes résidant sur le territoire de la commune. Cependant, les CCAS peuvent avoir une mission de coordination des différents services. En effet, plusieurs CCAS ont créé et gèrent les Centres Locaux de Coordination Gériatrique

(CLIC). De ce fait, ils interviennent sur le marché en apportant une meilleure coordination entre l'offre et la demande.

Il faut noter que l'offre des CCAS est un service public animé d'une logique particulière. Son champ d'intervention se limite au territoire de la commune ou celui de l'intercommunalité, contrairement à l'offre privée (marchande ou non marchande) dont l'expansion déborde le territoire communal. Le CCAS est un établissement public dont le fonctionnement est défini par les statuts de la fonction publique territoriale. Les employés sont en majorité des agents de la fonction publique bénéficiant d'une protection statutaire et sociale plus importante à celle du secteur privé. Une autre distinction se rapporte au financement. Bien que le CCAS dispose d'une compatibilité autonome, son budget est fixé par le conseil municipal. Les déficits sont souvent épongés par la mairie. Par conséquent, le CCAS dispose d'une marge de manœuvre relativement importante pour améliorer la compétitivité de ses prestations tant par le prix que par la qualité.

Selon les choix politiques du Conseil Communal, le CCAS peut être investi d'une politique active au profit des personnes âgées ou d'une politique minimaliste. En effet, certains CCAS se limitent à couvrir les besoins des personnes âgées modérément dépendantes en fournissant le service de ménage et orientent la demande des personnes dépendantes vers les partenaires souvent associatifs. C'est le cas du CCAS de Croix qui travaille en partenariat avec une importante association du Nord (ARA, encadré 7). D'autres CCAS disposent d'une offre complète et intégrée. Ils peuvent répondre à toutes les demandes et surtout celles des personnes lourdement dépendantes. C'est le cas du CCAS de Villeneuve d'Ascq qui dispose d'un personnel d'aide à domicile majoritairement qualifié, d'un service d'hébergement et d'un service de soins à domicile (encadré 6). Cet établissement a pu construire une offre variée et de qualité grâce principalement aux subventions financières accordées par la Mairie.

2.2.3. Quelques scénarios de la régulation locale et leur impact sur l'offre

L'articulation entre les trois niveaux de régulation (État, Département et Commune) peut faire émerger des structures de marché typiques. Les règles transversales (Agrément et Régime d'autorisation) assurent une certaine harmonie de la régulation au niveau national. Les politiques locales, en revanche, peuvent perturber cette harmonie. En effet, les autorités de régulation locales interviennent différemment pour fixer les règles du jeu de la concurrence. Nous constatons une diversité de situations selon les collectivités locales et les objectifs recherchés. On peut isoler deux situations extrêmes : une situation de monopole et une situation de libre concurrence.

Dans le cas du monopole, les collectivités locales font jouer la concurrence tout en structurant le marché local autour d'une importante organisation. En favorisant l'émergence d'une organisation dominante, ces

collectivités cherchent à assurer une certaine stabilité de l'offre au niveau local. Ces organisations sur lesquelles repose la régulation peuvent être des organisations privées de statut associatif ou des établissements publics (CCAS). La régulation peut également aller jusqu'à fermer le marché en attribuant des situations de monopoles à une ou deux organisations. La forme de duopole est une caractéristique très marquante dans l'aide à domicile notamment l'aide aux familles financée par les CAF. À l'autre extrême, on trouve des situations où l'autorité locale fait jouer la libre concurrence. L'offre locale s'apparente alors à un « tissu » de plusieurs petites et moyennes organisations. Entre ces deux extrêmes existe une pluralité de situations où les collectivités locales orientent le marché vers plus de concurrence ou vers plus de régulation publique. Nous pouvons distinguer trois types de régulation : celle qui est basée sur un duopole et une sectorisation géographique de l'activité, celle qui est basée sur une grande organisation spécialisée sur un type de besoins et enfin, celle qui s'appuie sur l'intégration des services.

2.2.3.1. Favoriser des duopoles facilement gérables et sectorisation géographique de l'activité

Afin de lutter contre les sources d'inefficience résultantes de l'éparpillement de l'offre, plusieurs financeurs institutionnels ont choisi d'accorder le marché à un nombre restreint de prestataires dans la perspective de maîtriser leur régulation. Dans certaines situations, le marché est accordé à deux associations dont l'activité est circonscrite dans une aire géographique limitée. Ce type de régulation s'appuie sur des conventions d'objectifs et des subventions accordées directement au duopole. Les conventions sont en général multipartites entre les deux prestataires et les financeurs. C'est le cas de l'aide familiale principalement financée par la CAF et le Conseil Général. Souvent, la répartition de l'activité du duopole est fondée sur la logique des territoires : milieu rural et milieu urbain par exemple. On peut citer l'exemple du département du Nord où l'aide familiale financée par la CAF et le Conseil Général est régulée suivant cette formule de duopole. Cette forme de régulation est également utilisée par la CRAM pour l'aide ménagère qu'elle finance⁸⁰. Le partenariat entre les deux associations peut conduire à des ententes pour partager les marchés autres que ceux conventionnés dans le cadre du duopole. C'est le cas de deux associations conventionnées par la CRAM qui se sont entendues sur le partage géographique de la demande des personnes âgées bénéficiaires de l'APA. Ainsi, à partir du marché fermé, les duopoles mettent en place des stratégies d'occupation des autres marchés. Ces stratégies conduisent à la polyvalence des activités du duopole en intervenant sur des publics divers.

⁸⁰ Selon Rivard (2006), les deux associations spécialisées dans l'aide familiale (marché fermé) interviennent également sur le marché de l'APA (marché concurrentiel) suite à une entente entre les deux associations.

Encadré 6. AAF : de l'aide à la famille vers l'aide aux personnes âgées.

AAF est une association d'aide à la famille créée en 1930. Son activité principale consiste à aider les familles en difficulté. Elle emploie deux catégories de personnel : les Techniciennes d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) et les Auxiliaire de Vie Sociale (AVS). Les TISF, de niveau de qualification IV, interviennent auprès des familles en apportant essentiellement une aide sociale notamment pédagogique et relationnelle. Les AVS sont une catégorie composée d'employés ayant une qualification inférieure ou égale au niveau V. Leur principale activité est le travail de ménage. L'association dispose de l'agrément qualité et de l'agrément simple lui permettant de fournir une variété de services. Son offre répond à trois types de demande : les parents subissant des difficultés sociales temporaires, des mères ayant besoin de l'aide pendant leur période de grossesse ou de naissance de l'enfant, des parents actifs pour la garde de leurs enfants. Ces activités sont financées par le Conseil Général, la caisse d'assurance maladie et la CAF. L'activité de l'association est encadrée par une convention définissant les objectifs, le financement ainsi que le partage du marché entre AAF et une autre association de même nature. Ces deux associations travaillent en partenariat pour réaliser des objectifs territoriaux définis par la convention.

En 2003, la situation comptable de l'association est déficitaire. Cette situation résulte d'une tarification inadaptée et de la hausse des salaires négociée au niveau de la branche. La même année, l'APA qui est instaurée en 2002 permet un développement rapide des services d'aide ménagère aux personnes âgées. L'AAF commence à fournir ces services en 2003 puisque l'agrément qualité lui permet l'entrée sur ce marché. Ce choix stratégique résulte de la volonté de l'association de diversifier ses sources de revenus. De plus, l'association maîtrise le processus de prestation de ces services dans la mesure où elle fournit le même service aux familles. En effet, l'aide ménagère apportée aux personnes âgées est proche de celle apportée dans le cadre de son activité d'aide familiale. La difficulté que pourrait rencontrer l'association pour développer ces nouveaux services réside dans la maîtrise des procédures et des règles de l'aide à domicile aux personnes âgées. Cependant, sa connaissance de la démarche institutionnelle dans le domaine de l'action sociale a joué en sa faveur. Les activités de l'association sont développées en prestataire et en mandataire. Les services de garde d'enfants âgés de plus de 3 ans et l'aide aux personnes âgées sont majoritairement offerts sous le régime du mandataire. 34 employés travaillent sous ce régime contre 47 dans le régime prestataire. Comme dans la plupart des associations polyvalentes, une partie des employés travaille en mandataire et en prestataire.

2.2.3.2. Régulation locale par la spécialisation en s'appuyant sur les CCAS ou sur des grandes organisations privées

Dans certaines situations où l'offre est peu structurée, l'intervention des collectivités locales a pour objet de la réorganiser. L'objectif est d'assurer un maillage optimal du territoire qui permettrait un accès facile et équitable à la population. Dans un arrondissement du Nord par exemple, on a pu constater que l'insuffisante structuration de l'offre (composée de cinq associations) s'est traduite par des difficultés à assurer une prise en charge pour l'ensemble de la population selon l'animatrice du réseau Sydo⁸¹. En partenariat avec les pouvoirs publics, Sydo a pu réorganiser l'offre des cinq associations en se spécialisant chacune sur un type de service et un territoire donné. Un partenariat a été créé au niveau de cet arrondissement avec comme objectif principal l'optimisation de l'offre.

⁸¹ Cette action au niveau de cet arrondissement fait partie des programmes de partenariats inter-associatifs du réseau Sydo. Ces partenariats ne se limitent pas uniquement à l'optimisation de l'offre au niveau local mais s'étendent aux difficultés structurelles rencontrées notamment en matière de recrutement et de formation du personnel. cf. Messaoudi, Farvaque, Yonnet, (2006).

Nous retrouvons cette logique de spécialisation sur des publics ciblés et des services dans plusieurs endroits. Plusieurs communes ont adopté cette logique dans leur régulation en s'appuyant, très souvent, sur une grande organisation capable de prendre en charge les besoins des personnes fragiles. Cette capacité ne peut être garantie que par des organisations disposant de moyens humains et financiers importants. Les communes accordent souvent des rentes de situations à une organisation « leader » pour prendre en charge ces besoins en fournissant un service de qualité. Cette offre de qualité est complétée par une offre de services de qualité standard d'un ou de plusieurs petits prestataires. Les faveurs accordées à l'organisation « leader » consistent généralement à orienter les personnes âgées dépendantes vers elle. D'autre part, la mairie peut lui déléguer la gestion d'infrastructures publiques ou de porter des projets d'utilité collective (Cf. exemple ARA, encadré 7).

La spécialisation des CCAS sur des services d'aide aux personnes âgées dépendantes est l'exemple type de cette régulation. Dans plusieurs communes, le CCAS fournit des services principalement pour les personnes âgées dépendantes. La mairie subventionne le budget de l'établissement ce qui permet à l'établissement d'accroître sa compétitivité prix-qualité. Pour une prise en charge globalisée des besoins des personnes âgées, les CCAS peuvent créer des services d'hébergement avec l'accord et le financement de la mairie. C'est le cas du CCAS de Villeneuve d'Ascq qui est à la fois un service d'aide aux personnes âgées et un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Les personnes âgées résidant dans la commune sont systématiquement orientées vers le CCAS lui garantissant l'exclusivité sur le marché local. Le financement direct de l'offre sur le budget municipal, le caractère public des prestations et l'universalité de la prise en charge sont des propriétés qui rappellent celles de la régulation « tutélaire » des années soixante-dix. Finalement, ce mode de régulation délaissé par l'Etat existe toujours au niveau le plus décentralisé du pouvoir politique.

Pour une meilleure gestion de ce service public d'aide à domicile, la mairie peut demander au CCAS d'externaliser les services d'aide ménagère destinés aux ménages ordinaires et aux personnes autonomes. Ces services qui ne requièrent pas un niveau de qualification élevé sont fournis par des organisations privées commerciales ou associatives. Par conséquent, le marché est structuré en deux paliers en fonction de la nature des publics pris en charge : d'une part, un service public de qualité spécialisé dans les services aux personnes fragiles. D'autre part, une offre privée spécialisée dans les services d'aide ménagère à destination des personnes autonomes ou des ménages ordinaires. (cf. l'exemple du CCAS, encadré 7).

Encadré 7. Le CCAS : Une offre de service public complète

Le CCAS est un établissement public chargé de conduire la politique sociale communale. Conformément aux souhaits de la mairie, le CCAS a fait le choix de centrer une partie de son activité sur la prise en charge des personnes âgées. Son offre est assurée par trois pôles de services : Le Service d'Aide à Domicile (SAD), les Services de Soins à Domicile (SSD) et l'Établissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Le SAD créé en 1972, est le service le plus important en termes d'effectif. Il est structuré en 4 permanences assurant une meilleure couverture géographique. Il a reçu son agrément qualité en 1997 et est conventionné avec le Conseil Général et la caisse de retraite. Il emploie 88 salariés dont 61 agents d'aide à domicile, 17 agents techniques et 4 agents d'animation. Le SSD est créé dans les années 80 et emploie actuellement 11 salariés dont 9 aides-soignantes et deux infirmiers encadrants. L'EHPAD est d'une capacité totale de 85 places dont 4 unités de vie de 17 lits médicalisés, une unité de 12 lits pour personnes désorientées et 5 places d'accueil de jour. 31 salariés assurent le fonctionnement de cet établissement dont 2 infirmières, 8 aides soignantes et 17 agents sociaux.

Le service d'aide aux personnes âgées du CCAS est une offre complète. Elle est composée de services d'aide à domicile, de soins à domicile, d'hébergement social et des services périphériques tels que la restauration à domicile, le transport, l'aménagement du domicile et les services d'animation. Cette offre répond à tous les besoins relatifs au maintien à domicile. Cette polyvalence est rendue possible grâce au financement de la mairie. Cette dernière finance totalement le budget de l'établissement et éponge ses déficits. La pérennité du financement public a permis à l'établissement de mener ses investissements notamment en matière de diversification et de qualification de ses services. À la différence des organisations associatives et privées qui subissent une contrainte financière due à la concurrence, le CCAS a une contrainte politique. La municipalité définit les objectifs à atteindre en matière de politique sociale et met à la disposition du CCAS les moyens nécessaires. Parmi ces objectifs, on peut citer l'amélioration qualitative des services et une prise en charge globale des besoins locaux. Ces deux objectifs expliquent à la fois la bonne qualité des prestations et la diversité des services offerts.

Notons que cette offre publique est complétée par une offre privée associative et privée lucrative. La municipalité n'intervient pas directement dans la régulation de l'offre locale. Son intervention se limite au subventionnement de l'offre du CCAS en permettant une qualité, une diversité et des prix accessibles à la population. Cette offre est destinée principalement aux personnes dépendantes suite à l'âge ou au handicap. Les autres catégories de la population ont le choix de s'adresser à d'autres prestataires concurrents évoluant sur le même territoire de la commune dont l'association ARA.

2.2.3.3. Régulation locale par l'intégration des services

Par opposition à la régulation par la spécialisation, d'autres collectivités locales favorisent le rapprochement/regroupement entre les structures dans le but d'intégrer leurs activités. Lorsque l'offre locale est jugée trop dispersée, les départements prennent des initiatives pour regrouper les différents services. Cela se fait sur la base d'un partenariat impulsé ou soutenu par la collectivité. On peut citer le cas du Département de Voiron où la communauté de communes héberge dans un seul service une multitude d'organisations d'aide à domicile fournissant des services différents mais complémentaires. Ce partenariat ressemble à une autre forme de regroupement fondé sur des plateformes de services créées par l'initiative locale comme ce fut le cas à Lille (2002-2004) ou par une initiative privée mais soutenue par les collectivités locales. D'autres pratiques allant dans le même sens existent. Il s'agit d'incitations financières accordées aux structures (notamment de petite taille) à regrouper leurs activités (Rivard, 2006).

Une autre initiative incitant à l'intégration peut venir des communes. Certaines d'entre elles favorisent les organisations de grande taille offrant des services *intégrés*. C'est le cas de trois communes du Nord qui,

individuellement, ont permis à une association de grande taille d'intégrer l'offre locale au sein de ses activités (encadré 8).

Figure 8. ARA : une offre d'aide à domicile intégrée

ARA est une association de services regroupés destinés aux personnes âgées créée en 1972. Elle emploie 476 salariés en prestataire et gère 468 employés en mandataire. L'association bénéficie d'un ancrage social local très important au point de devenir un acteur régional incontournable dans le domaine social. Le cœur de son activité a été longtemps l'aide ménagère aux personnes âgées et handicapées jusqu'au début des années quatre-vingt où l'association a commencé à diversifier ses services. Cette évolution s'est faite en suivant deux voies :

La première consiste à créer de nouveaux services. Le service de soins à domicile est le premier nouveau service créé en 1983. Ce service est totalement financé par la caisse d'assurance maladie créant ainsi une demande solvable. Les demandeurs de ces services sont en général des personnes âgées ou handicapées pour qui l'association apporte une aide ménagère. Actuellement, une dizaine d'aides soignantes salariées de l'association en prestataire fournissent ce service. Cette première diversification des services a été suivie par la mise en place de services mandataires en 1989. Ceci a permis à l'association de développer les activités de garde d'enfants à domicile et de personnes âgées pendant la nuit et les week-ends. En 1994, elle met en place un service innovant qui consiste à accompagner les personnes atteintes du SIDA. L'accompagnement est apporté par des auxiliaires de vie salariées en prestataire formées à ce type d'intervention. Ce service est fourni en partenariat avec une association de lutte contre cette maladie. La Région qui finance ce service a conventionné les deux associations.

La deuxième démarche de diversification consiste à absorber les activités d'autres structures dans le cadre d'une régulation au niveau infra-local. En tant qu'acteur local important, l'ARA a su nouer des liens institutionnels avec les acteurs locaux lui permettant de bénéficier d'un réseau dynamique. Plusieurs communes s'appuient sur cette association pour réguler le marché local. En 1995, la municipalité (1) fournissant les services d'aide à domicile dans le cadre de sa politique sociale s'est aperçue que la grande majorité des personnes âgées s'adressent à l'ARA. Elle décide alors de cesser son activité et de la transférer à cette dernière. Plus récemment encore, en 2003, suite à un « dysfonctionnement » au sein d'une association d'aide à domicile, une autre municipalité (2) a demandé à l'ARA de reprendre l'intégralité des activités de cette association. Toujours en 2003, l'association a participé à la conception d'une nouvelle forme de prise en charge des personnes âgées en partenariat avec la municipalité (3). Il s'agit de la construction d'un domicile collectif (foyer-logement) accueillant les personnes âgées. L'ARA a repris la gestion de cette structure suivant la volonté de la municipalité en question.

Ces expériences montrent que l'ARA devient un levier de la régulation locale qui, par effet de taille, a entraîné l'intégration de son offre. Le regroupement de diverses activités au sein d'une même structure peut également être le résultat d'un engagement volontaire. La charte de la fédération ADESSA dont l'ARA est signataire prône une approche globale de la prise en charge des besoins sociaux. Les associations signataires s'engagent à l'intégration des services comme c'est le cas de l'ARA, ou à agir en partenariat avec d'autres structures complémentaires.

Ces différentes régulations suivent toutes une même finalité : maîtriser les dépenses publiques et optimiser l'offre locale. Au-delà des spécificités territoriales de la régulation, l'important pour nous est de montrer que les collectivités locales, qu'il s'agisse du Département ou de la mairie, jouent de plus en plus un rôle important dans la régulation. En centrant l'analyse sur des territoires, nous nous apercevons que ces trois modes de régulation ne s'excluent pas. Il n'y a pas eu abandon d'un mode de régulation au profit d'un autre. Mais simplement, il y a prédominance d'un mode sur un autre selon les politiques et selon les territoires. Cette domination d'un mode de régulation ne nie pas l'existence d'un autre mode contradictoire que l'on peut retrouver au niveau infra-local. Actuellement, la concurrence est le mode de régulation dominant en France. En effet, la régulation que nous avons qualifiée de « transversale » est fondée sur la concurrence. Mais elle est accompagnée par des régulations locales et infra-locales basées

sur le subventionnement et le conventionnement d'un côté, et une intervention « tutélaire » de l'autre côté.

L'articulation entre la régulation transversale et les régulations locales a fait émerger des modèles de fournitures de services différents. La structure du marché peut alors évoluer d'une régulation à une autre et d'un territoire à un autre. On a montré que le marché est, dans certains cas, structuré autour d'une organisation de grande taille, d'un établissement public ou autour d'un duopole privé associatif. Les services fournis dans le cadre de ces formes d'offre sont soit intégrés et répondant à tous les besoins d'aide à domicile, soit spécialisés sur des besoins et des publics ciblés. Ces organisations qu'on qualifie de « leaders » peuvent évoluer dans des territoires où les régulations sont différentes. L'ARA par exemple subit l'influence des trois types de régulation en même temps. Elle est conventionnée par des communes l'encourageant à l'intégration de ses services et évolue dans un arrondissement (Roubaix) où les services d'aide à la famille sont accordés à un duopole et dans un canton (Villeneuve d'Ascq) où la régulation s'appuie sur un CCAS spécialisé. Les organisations sont alors conduites à s'adapter à des contextes institutionnels différents. Elles adoptent des stratégies de positionnement sur le marché en fonction des barrières érigées au niveau local. S'adapter c'est également intégrer le réseau institutionnel local (mairie, médecins, centres locaux de coordination, le SPE, etc.). Comme nous l'avons constaté dans nos études de terrain, les relations « informelles » au sein de ces réseaux constituent une source importante d'information et donc de marchés. C'est à travers ces réseaux que la demande se formalise et s'oriente. Ces réseaux fonctionnent selon des logiques différentes en fonction du modèle de la régulation prévalant. Par exemple, les médecins de ville vont orienter la demande des personnes âgées dépendantes vers un CCAS si celui-ci est spécialisé dans ce type de public. Inversement, la mairie oriente ce type de demande vers les associations privilégiées (référéncées) si le CCAS ne dispose pas de moyens suffisants. Chaque territoire se distingue donc par ces réseaux et par sa régulation. La meilleure stratégie pour s'adapter et évoluer efficacement dans ces territoires est donc la pénétration des réseaux institutionnels. Dans les marchés où la coordination ne se fait ni par les prix ni par la qualité, le meilleur recours pour les concurrents est de passer par les réseaux.

4. LE RÔLE DE LA RÉGULATION LOCALE DANS LA COORDINATION DE L'OFFRE : LE RÔLE DES RÉSEAUX LOCAUX

La coordination entre l'offre et la demande est l'un des problèmes structurels auxquels est confronté le secteur de l'aide à domicile. Les déséquilibres ne touchent pas uniquement le marché du service proprement dit mais également le marché du travail de ce secteur. L'une des solutions les plus satisfaisantes que les acteurs ont pu apporter est la constitution de réseaux locaux permettant l'émergence d'initiatives agissant sur ces déséquilibres. On parle alors de développement par « grappes » d'offres ou par réseaux. Les prestataires sont interconnectés par des relations horizontales souvent à leur initiative, ou par des relations verticales structurées par des institutions publiques qui se placent à la tête du réseau. Celui-ci procure un espace d'échange et de coopération conduisant à la transmission et à l'amélioration des initiatives innovantes. Il permet en théorie de mutualiser les compétences en vue d'améliorer la qualité du service, d'assurer une certaine homogénéité de l'offre et de diffuser les bonnes pratiques.

Schématiquement on peut distinguer les *réseaux émergeant d'une initiative publique* (ou top-down) et les *réseaux émergeant d'une initiative privée* (ou bottom-up). Dans le premier cas, la puissance publique impulse le partenariat entre différents acteurs, généralement autour d'un dispositif coordinateur (un CLIC⁸², un PLIE⁸³, une plate-forme de services ou un guichet unique). Dans le second cas, il s'agit d'un mécanisme classique d'association et de fédération d'entités réparties sur des territoires différents en une « supra-entité » jouant le rôle d'intégrateur et de représentant.

4.1. Les initiatives publiques

La puissance publique peut impulser des modes d'action partenariale entre différents acteurs de l'aide à domicile en aidant à la création de ce que l'on peut appeler un dispositif coordinateur. Nous avons recensé des dispositifs impulsés par une initiative publique de trois types : il s'agit des CLIC, des PLIE et des plateformes de services. Les deux premiers dispositifs existent à l'échelle nationale et se retrouvent donc dans différentes régions, mais il ne s'agit pas d'administrations décentralisées. Il s'agit bien de partenariats locaux (entre l'État, les collectivités locales et des prestataires privés ou publics) ancrés sur un territoire, avec des logiques d'action autonomes, axés autour d'un objectif de coordination de l'offre en direction des personnes âgées (CLIC) ou d'insertion dans les services de l'aide à domicile des publics

⁸² Centres locaux d'information et de coordination.

⁸³ Plan local pour l'insertion par l'économique.

éloignés de l'emploi (PLIE). Le troisième type de dispositif recensé a une nature plus « ad hoc », comme on le verra.

4.1.1. Offre publique : CLIC et guichet unique

La coordination de l'offre passe par la mise en place de guichets uniques, centralisant l'offre et les demandes. Il s'agit d'une intervention directe des pouvoirs publics sur le marché. Le CLIC offre une information et une prise en charge globale et coordonnée dans le domaine gérontologique. Sa mission consiste à favoriser l'accès aux droits des personnes âgées et la mise en réseau des professionnels pouvant intervenir auprès de ces personnes (professionnels de santé, d'accompagnement à domicile, de l'aménagement de l'habitat et les acteurs locaux). Le CLIC est d'abord un « guichet unique » dont l'objectif est d'éviter que les personnes âgées ne s'adressent à plusieurs interlocuteurs avant de trouver satisfaction. Tous les CLIC sont voués à apporter une solution personnalisée aux demandes qu'ils reçoivent. Ils ne sont pas que des plates-formes de services aux particuliers qui mettent en relation l'offre et la demande. Ils apportent à toute demande un traitement individualisé par des spécialistes de gérontologie qui doivent proposer une réponse adaptée à la situation de la personne.

Le statut du CLIC est défini par la loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale en tant qu'établissement social et médico-social. En ce sens, c'est un dispositif public de la politique sociale et sanitaire dont la gestion peut être déléguée à un organisme privé (associatif) ou public.

Les dispositifs coordinateurs peuvent également être des entités rattachées à l'administration. Il s'agit de guichets uniques gérés par les collectivités territoriales. Dans le cadre de leur politique facultative en matière d'action sociale, les communes ou les intercommunalités peuvent créer et gérer directement ces guichets. L'exemple de la communauté de communes de Voiron (région Rhône-Alpes) est illustratif. Celle-ci a mis en place un service de coordination regroupant plusieurs prestataires complémentaires. L'objectif recherché est de construire une offre publique avec un maillage optimal du territoire et des besoins (voir plus loin encadré 10).

Encadré 9. Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (C.L.I.C.)

Le CLIC est un guichet d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation destiné aux personnes âgées et à leur entourage. Il rassemble toutes les informations susceptibles d'aider les personnes âgées dans leur vie quotidienne. Il répond à trois logiques :

- logique de proximité,
- logique d'accès facilité aux droits,
- logique de réseau.

Il évalue les besoins des personnes, élabore avec elles un plan d'aide individualisé, coordonne la mise en œuvre du plan d'aide par une mise en réseau des professionnels de santé, d'accompagnement à domicile, de l'habitat et les acteurs locaux. Il initie et développe dans le cadre de son réseau les actions de prévention du vieillissement, de soutien aux aidants naturels, de formation qui contribue à la qualité de la vie à domicile des personnes âgées.

Il existe 3 niveaux de label :

Niveau 1 : il correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux familles. Il suppose un local de permanence, un standard téléphonique, une base de données, des actions de formation/information. Il doit proposer à la fois une information sur les aides et prestations disponibles ainsi que, chaque fois que cela est possible, les dossiers de demande nécessaires à leur obtention.

Niveau 2 : il prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Il propose une palette de services partiels, comme des groupes de paroles. Le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique.

Niveau 3 : il prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre du plan d'aide et de suivi. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide à domicile, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile, etc. Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est alors complète et le suivi organisé.

Source : Ministère délégué aux personnes âgées : <http://www.personnes-agees.gouv.fr/>

L'innovation que peut apporter ce type d'initiative consiste en la mise en relation de tous les acteurs sanitaires et sociaux intervenant dans le domaine du maintien à domicile des personnes âgées. « *Les CLIC s'inscrivent dans une politique publique territorialisée en faveur des personnes âgées, qui est définie dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (schéma gérontologique)* » (Ministère de l'Emploi et de la Cohésion Sociale, 2007). L'intégration des services de soins dans l'aide à domicile est une innovation résultant de l'évolution socio-sanitaire des personnes âgées vivant encore à domicile. Le CLIC peut accompagner les organisations sanitaires fournissant ce type de service par des actions de formation et d'information. On sait que certaines tâches sanitaires ne peuvent pas être accomplies par les organisations d'aide et de soins à domicile surtout lorsque la personne aidée souffre de pathologies chroniques. C'est là qu'interviennent les missions des acteurs de gérontologie. Pour une meilleure prise en charge de la personne âgée, le CLIC œuvre au rapprochement entre les organisations d'aide à domicile et les réseaux sanitaires. Ce rapprochement permet le déclioisonnement des acteurs sociaux et sanitaires conduisant à la lisibilité des missions et à la coordination des actions entre ces différents acteurs.

4.1.2. Le PLIE : coordination des acteurs des services d'aide à domicile et d'insertion

Dans le cadre de la politique de l'emploi, un type de structure visant l'insertion des personnes en retrait du marché du travail a été créé en 1993. Il s'agit d'une initiative publique dans la mesure où elle a été créée par les collectivités locales (communes). Elle est le plus souvent gérée par des structures privées associatives. Son champ d'intervention est constitué d'activités où l'on peut facilement insérer les personnes faiblement qualifiées : en particulier, les services d'aide à domicile.

Le PLIE de Lille et celui de Lyon sont des structures associatives coordonnant à l'échelon local les différents dispositifs de la politique publique de l'emploi. Elles travaillent en réseau regroupant deux types d'acteurs : les décideurs politiques (la Ville, le Conseil Général et les communes), les acteurs institutionnels de la politique de l'emploi et de la formation (ANPE, DDTEFP, Missions Locales et les organismes de formation professionnelle) et enfin, les employeurs (entreprises ou leurs représentants).

Fort de son action de coordination entre les différents acteurs locaux, le PLIE peut également intégrer dans ses prérogatives la coordination entre l'offre et la demande des services. Le PLIE de Lille avait initié une action dans ce sens en créant *une plate-forme de services relationnels*. C'est sur l'initiative d'un certain nombre d'institutions locales dont la DDTEFP, le Conseil Général et la Caisse des Dépôts et Consignations (financeur de ce projet) que la plate-forme a été créée. Elle a permis de réunir au sein d'une même structure une soixantaine d'organisations prestataires de services de proximité fournissant des services différents. L'utilisateur se voit alors offrir une gamme de services très variés, complémentaires et substituables en contactant une seule structure, la plate-forme en l'occurrence. Cette infrastructure ne peut se créer sans le concours financier des pouvoirs publics en raison de son coût fixe trop important. En revanche, son existence peut conduire à la réalisation d'économies d'échelles permettant de relancer la productivité et de baisser les prix des services. Cela implique l'élargissement de l'accès à ces services pour une grande partie de la population jusqu'ici frileuse à cause des prix élevés. Sur ce sujet, le Conseil d'Analyse Économique a particulièrement souligné l'effet de ces plates-formes sur l'émergence d'une demande massive à travers la baisse des prix (Debonneuil, 2004).

4.1.3. Des structures ad hoc créées sur initiative publique : les plateformes de service

La complexité de l'offre des services à la personne, par nature composite et mouvante selon le client, est l'un des obstacles au développement de ces services. Des plateformes de services peuvent être créées, sur impulsion de la puissance publique, et agir comme un rempart à cet obstacle. L'idée centrale est de créer des « bouquets de services » dans un cadre coordonné.

Le rôle des plateformes est d'animer des réseaux de spécialistes pour parvenir à produire ces bouquets de manière performante et rentable, et de les mettre sur le marché. La difficulté que rencontre ce type de structure est la visibilité de la qualité des différents prestataires adhérents. D'où la fonction essentielle du gestionnaire de la plate-forme, qui est d'apporter une garantie sur la qualité du service et d'en assumer la responsabilité face aux clients. La codification des activités formant le bouquet et la formation du personnel serait dès lors une condition d'entrée qui devra être imposée aux prestataires.

Le modèle le plus classique d'une plateforme de services est la mise en réseau d'un certain nombre de prestataires intervenants sur différents besoins de la personne et la coordination de leur offre et de la demande par le biais d'un numéro unique. En effet, le contact avec les utilisateurs s'effectue par le biais d'un numéro de téléphone « vert » qui permet donc de recourir à un interlocuteur unique pour des services multiples. Cela autorise un contrôle réel des prestations (Bentoglio 2004) et simplifie l'accès aux services en supprimant le besoin pour les familles de recourir à de multiples prestataires. Les économies d'échelles et les gains de productivité réalisés dans le cadre de ces structures (Cahuc et Debonneuil, 2004) conduisent à l'émergence d'une demande massive puisqu'elle permet de rendre l'offre de ces services plus visible et moins chère.

Les dispositifs coordinateurs (CLIC, PLIE) vus précédemment sont des formes « institutionnelles » de telles plateformes. A côté, on trouve des réseaux de prestataires regroupés au sein d'un organisme public qui assure leur coordination. C'est le cas de la Communauté de Communes de Voiron qui a créé un guichet unique de services à la personne (encadré suivant). Ce type de réseaux agit de la même manière qu'une plateforme même si l'appellation utilisée est différente.

Encadré 10. La communauté de communes de Voiron : un guichet unique de services s'appuyant sur un CLIC

Le Comité d'agglomération du pays voironnais est une communauté de plusieurs communes qui mettent en synergie leurs moyens pour intervenir efficacement et de manière coordonnée sur un certain nombre de domaines. L'une des compétences du comité d'Agglomération est la promotion de la solidarité sociale entre les habitants. Dans le cadre de cette compétence, elle regroupe plusieurs services liés à l'aide et au maintien à domicile assurant ainsi une fonction de référent de services à domicile et en particulier de référent gérontologique du territoire dépendant de l'intercommunalité voironnaise. L'offre comprend, entre autres, les services prestataires et mandataires d'aide à domicile, les services de soins à domicile, et les services à domicile plus « classiques ». La complémentarité et la coordination de l'offre de ces services peuvent être ainsi facilement atteintes parce que tous les services sont centralisés et organisés au sein d'une structure identique. De fait, plutôt qu'un éclatement des services dans différentes structures, privées et / ou publiques, l'offre de services d'aide à domicile acquiert une visibilité plus forte non seulement parce qu'elle est portée par un organisme public mais surtout parce qu'elle sera mieux coordonnée. L'offre d'aide aux personnes âgées et handicapées est coordonnée autour de trois structures : l'ADPAH qui fournit exclusivement des services d'aide à domicile et certains services périphériques (la restauration à domicile, démarche administrative), une association de soins à domicile complète l'activité de l'ADPAH en offrant des prestations de soins corporels, d'hygiène et d'actes infirmiers. Les personnes lourdement dépendantes nécessitant un placement en institution sont prises en charge par une troisième structure publique qui propose un hébergement temporaire et de longue durée d'une capacité de 61 logements.

En plus de la fourniture des services d'aide aux personnes âgées, cette plate-forme publique héberge également un CLIC. Il s'agit d'un guichet unique qui vise à « *favoriser une orientation adaptée aux familles confrontées à des situations de dépendance, renforcer et organiser la coordination entre les prestataires et évaluer les besoins non pris en compte pour élaborer de nouveaux projets gérontologiques* ». Le maintien à domicile est donc ainsi pris en charge par une seule structure depuis l'émergence des besoins jusqu'à la phase de mise en place du service. Cette façon de prise en charge des personnes âgées à domicile est une intégration de services complète et innovante.

4.2. Les initiatives privées

D'autres types de coordination, que l'on pourrait également désigner par le terme de plates-formes ou de réseaux, émergent d'initiatives privées. Il s'agit ici de mécanismes classiques d'association et de fédération d'entités réparties sur des territoires différents en une « supra-entité » jouant le rôle d'intégrateur et de représentant.

Au niveau local comme au niveau national, il y a une tendance au regroupement des prestataires au sein d'une supra-organisation (ou d'un cluster) dont la finalité est de constituer un espace d'échange d'expériences et d'informations. Le rôle de cette supra-structure consiste à structurer l'environnement externe de ses membres adhérents et non pas l'organisation interne comme dans le cas d'un partenariat. Elle joue à la fois le rôle d'*intégrateur*⁸⁴, en agissant directement sur l'environnement des organisations, et le rôle de représentant au niveau politique. Deux types de supra-structures peuvent être identifiés : les fédérations nationales et locales des associations, et les têtes de réseaux locaux.

Les fédérations représentent les employeurs lors des négociations avec les syndicats de salariés ou les pouvoirs publics. En plus de leur rôle traditionnel de syndicat de professionnels, elles incitent leurs membres à s'adapter à l'évolution très rapide de l'environnement institutionnel de l'aide à domicile. Par exemple, dans le domaine de la qualité du service, certaines d'entre elles ont lancé des chantiers tels que la création d'enseignes de qualité, la certification Afnor ou une charte de qualité. Les membres doivent alors respecter un certain nombre d'engagements pris par la fédération dans le cadre de ces chantiers. Toutes les associations que nous avons étudiées appartiennent à l'une des fédérations de l'aide à domicile. L'appartenance à une fédération plutôt qu'à une autre est dictée par l'activité de l'association et l'adhésion aux « valeurs » constitutives de la fédération. Il existe cinq grandes fédérations nationales dans

⁸⁴ L'intégrateur est une structure (une plate-forme) qui prend en charge l'information des utilisateurs (publicité...), la qualité du service via sa réputation et éventuellement l'homogénéisation des services, la mise en contact entre offre et demande, la centralisation des paiements (Bentoglio, 2004).

l'aide à domicile aux personnes dépendantes, aux mères et aux familles, aide et soins à domicile⁸⁵. Notre échantillon d'étude est composé d'organisations appartenant à quatre des cinq fédérations.

Le second type de clusters, qui nous semble une innovation intéressante, est le réseau de prestataires au niveau local. Ce type de structures est souvent créé à l'initiative des prestataires eux-mêmes, transcendant ainsi leur appartenance fédérative. Leur mission est de créer un espace d'échange et de transfert des actions innovantes, ainsi qu'un espace de coordination entre les différents membres du réseau. Le manque de visibilité de l'offre et surtout la multiplication des représentants des prestataires posent un problème dans la régulation du secteur. L'existence d'une structure représentant tous les prestataires, quelle que soit la nature du public pris en charge, facilite la tâche des pouvoirs publics dans la conduite de leur politique locale. Ces structures s'imposent comme interlocuteur unique lors des négociations locales.

Encadré 11. Sydo : un acteur principal de l'aide à domicile. Les différents axes d'intervention d'un réseau

Sydo est un réseau de statut associatif qui regroupe 90 associations de l'aide à domicile du département du Nord. Sa mission principale consiste à structurer et à professionnaliser l'offre de services d'aide et de soins à domicile. Il a été créé à l'initiative des fédérations régionales des associations de l'aide à domicile dont l'idée de départ était de créer une plateforme de services. Il est géré par un conseil d'administration où sont représentées les différentes fédérations. Actuellement, ce réseau est structuré en neuf antennes correspondant aux neuf circonscriptions du département.

Ses missions sont définies en deux axes : le premier est composé d'un certain nombre d'actions ciblées, le second d'actions d'animation du réseau plus générales.

AXE 1. Accompagnement individuel et collectif des associations

L'évolution des règles régissant l'aide à domicile ainsi que l'évolution du métier font apparaître de nouveaux besoins en matière d'adaptation des prestataires à l'environnement institutionnel et de management de leurs ressources humaines. Sydo accompagne les associations volontaires à ces changements. Depuis 2005, Sydo a adapté ses actions en fonction des besoins actuels. Trois grandes actions sont identifiées :

- l'accompagnement des associations à se mettre en conformité avec les règles institutionnelles.
- l'amélioration de la qualité : les associations sont accompagnées collectivement ou individuellement dans leur démarche de qualité.
- échange de bonnes pratiques : un document synthétique est réalisé permettant de diffuser les méthodes et les résultats des actions entreprises en matière d'amélioration de la qualité.

AXE 2. L'animation du réseau

L'animation du réseau consiste à informer et à structurer l'échange entre les associations. Les principales actions composant cet axe sont :

- la mise en place de partenariats entre les associations d'aide à domicile et l'ANPE. L'objectif est de contribuer à réduire les difficultés de recrutement. Plusieurs forums d'emplois ont été organisés en partenariat avec l'ANPE et les organismes de formations, qui ont permis à la fois de faire connaître le métier et de recruter des personnes demandeuses d'emplois (ce point sera présenté plus en détail plus bas).
- l'information des associations : Sydo dispose d'un observatoire statistique dont les données devraient permettre de suivre l'évolution de l'emploi, de la formation et des qualifications du secteur.

⁸⁵ ADESSA (Le réseau des associations d'aide à domicile), FNAAFP (Fédération Nationale des Associations de l'Aide Familiale Populaire), FNAID (Fédération Nationale d'Aide et d'Intervention à Domicile), ADMR (fédération des Associations d'aide à Domicile dans le Milieu Rural), UNA (ex UNASSAD, Union Nationale des Associations de Soins et Services A Domicile).

- rapprocher l'offre et la demande : différentes actions ont été entreprises afin de rapprocher l'offre de la demande. On peut citer la promotion du CESU auprès des comités d'entreprises et le lancement du Chèque Domicile Liberté dans le département du Nord.
- la formation professionnelle et l'organisation de journées d'études.

Les actions de Sydo sont principalement tournées vers la structuration de l'offre et la professionnalisation du métier par des actions intra et inter-structures. L'exemple le plus illustratif est la création d'un partenariat dans une agglomération du Nord (Valenciennes) afin d'optimiser l'offre locale. Le partenariat est fondé sur le partage des territoires entre les 5 associations locales.

En plus du rôle de représentant des membres du réseau, la supra-structure peut également initier des actions communes visant des problèmes spécifiques. Comme nous le verrons en détail plus loin, l'aide à domicile connaît des difficultés en matière de recrutement et de pérennisation des emplois du fait d'un déficit d'image et du manque de coordination sur le marché de l'emploi. Un autre problème consiste en la difficulté de coordination entre l'offre et la demande de ces services. Vu leur connaissance du terrain, ces structures peuvent jouer un rôle majeur à travers des actions collectives.

CONCLUSION DU CHAPITRE II

L'agrément qualité mis en place en 1991 peut être considéré comme une innovation sociale majeure. C'est un dispositif garantissant un niveau de qualité incompressible bien que ses engagements en termes de qualité ne soient pas toujours respectés par les organisations agréées. Cependant, ce dispositif est inefficace quant il s'agit de rendre visibles les différences de qualité entre les prestataires. Tout d'abord, il est très peu connu des usagers. Ensuite, il ne contient pas de critères précis de qualité et se borne seulement à indiquer des engagements plutôt vagues en termes de démarche de qualité. En outre, son pouvoir discrétionnaire est très faible comme le mentionne Haddad (2004). En effet, son obtention suit la démarche déclarative et le contrôle est très peu exercé voire pas du tout. Le respect des engagements inscrits dans cet agrément dépendent de l'éthique des prestataires et non plus de la menace d'un contrôle. Puisque la règle de qualité qu'il instaure est peu précise, son interprétation peut révéler des divergences entre les acteurs. Ces derniers sont donc contraints à inter-réagir afin de lever ces ambiguïtés. Leurs interactions au sein des réseaux ou à travers des partenariats locaux a pour objectif de définir un cadre d'action commun créant ainsi la possibilité de résoudre certaines difficultés mais aussi de se coordonner. C'est dans ce cadre d'interactions entre les prestataires que généralement les bonnes pratiques en matière d'amélioration de la qualité sont formalisées et diffusées.

Le régime d'autorisation plus restrictif en matière de qualité est expérimenté depuis deux ans. Son objectif est justement de permettre l'émergence de différences de qualité dans la mesure où l'effort des prestataires est récompensé par un financement complémentaire. Même si les prix affichés ne doivent pas s'écarter du tarif fixé par le financeur, le surcoût lié à l'amélioration de la qualité devrait être remboursé. Par ailleurs, le régulateur peut décider de ne pas financer le budget d'un prestataire si ce dernier présente un coût de revient trop élevé à la moyenne de l'ensemble des prestataires locaux. Par conséquent, en l'absence de coopérations entre les prestataires et en présence d'une menace de la part du régulateur de ne pas financer les gros budgets, des stratégies horizontales peuvent apparaître conduisant chaque prestataire à présenter un budget avec un coût moyen faible. L'effet initial de ce régime sur l'amélioration de la qualité peut être neutralisé par ce type de stratégies. D'autre part, ce régime favorise la diversification des services et des publics. Cela permet aux prestataires de diversifier leur demande et surtout de répartir le coût élevé de l'aide aux personnes dépendantes sur d'autres services plus rentables. Nous rencontrons cette dynamique de diversification chez plusieurs prestataires.

L'assouplissement de la réglementation permet aux prestataires d'effectuer le choix entre le régime d'agrément ou le régime d'autorisation. Ce dernier régime est plus avantageux aux organisations spécialisées dans la prise en charge de la dépendance puisqu'il garantit, dans une certaine mesure, la stabilité des ressources financières. En revanche, ce régime est pénalisant notamment pour l'offre marchande puisqu'il prévoit la récupération des plus-values réalisées. De ce fait, avec l'assouplissement de l'autorisation, le marché peut évoluer vers une segmentation de l'offre : d'une part l'offre non marchande sous le régime d'autorisation et dont les clients sont en grande partie des personnes dépendantes ; d'autre part, une offre marchande sous le régime d'agrément dont la clientèle est essentiellement des ménages ou des personnes faiblement dépendantes.

Cette régulation transversale dans le sens où elle est applicable sur l'ensemble du territoire est complétée par la régulation départementale et la régulation « communale ». La première consiste à évaluer et à financer les besoins des personnes âgées. Les départements jouent également un rôle important dans la mise en place des dispositifs de coordination comme le financement des plateformes ou la mise en place des CLIC. Selon les spécificités locales, les Départements initient des régulations différentes. Certains favorisent la concurrence entre les prestataires et notamment entre l'offre de gré à gré et l'offre des organisations, et d'autres mettent en place des régulations volontaristes favorisant l'une ou l'autre forme d'offre et incitant les organisations vers une meilleure structuration. La régulation « communale » quant à elle s'attache principalement à produire le service en spécialisant les CCAS dans la prise en charge de la dépendance ou, le cas échéant, à construire des partenariats avec l'offre privée et orienter la demande vers ces partenariats.

La cohabitation entre ces trois régulations fait émerger des régulations locales différentes. Notre enquête effectuée dans le Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes nous a permis d'identifier trois grands types : la structuration du marché sous forme de duopoles spécialisés sur des territoires, la régulation fondée sur le service public de proximité ou sur des organisations de grandes tailles et, enfin, une régulation fondée sur des partenariats locaux où les prestataires sont incités par les collectivités locales à intégrer leurs activités et à mutualiser leurs coûts. D'autres régulations locales existent dans d'autres régions. C'est le cas notamment des régulations fondées sur la concurrence en encourageant la multiplication du nombre de structures et l'offre de gré à gré.

CONCLUSION DE LA PARTIE I

La problématique de cette partie se résume à la question de la construction du marché. Peut-on considérer le champ de l'aide à domicile comme un marché ? À ce stade, nous pouvons répondre par l'affirmative. Mais précisons immédiatement que ce marché est en phase de construction d'une part, et un marché particulier d'autre part. Tant que des réponses suffisantes ne sont pas apportées à des questions aussi primordiales que celle de la définition de la qualité et de l'information sur la qualité, ce marché fonctionnera avec des tensions. D'où l'importance des dispositifs institutionnels et conventionnels pour faciliter son fonctionnement. André Orléan (1991), à qui nous empruntons la notion de « l'insuffisante constitution du produit », explique comment les acheteurs appréhendent la qualité des marchandises à travers une estimation subjective dès lors que les caractéristiques de celles-ci ne sont pas clairement définies. La qualité dominante sur ce type de marché dépend donc l'intersubjectivité des acteurs dans le sens où leurs interactions débouchent vers une construction sociale de la qualité. C'est le cas des services d'aide à domicile puisque les usagers évaluent subjectivement la qualité des prestataires. Mais précisons que dans ces services, les acteurs institutionnels agissent sur les relations entre les acteurs privés et parfois même ils structurent ces relations. Par conséquent, la qualité dominante dans ces services est aussi une construction institutionnelle, dans le sens où elle est, en partie, définie par l'action des acteurs institutionnels.

Une croissance élevée mais une croissance quantitative plutôt que qualitative

Les difficultés de la coordination exposées dans le chapitre I de cette partie semblent ne pas affecter le développement du marché. Nous avons montré que la croissance de l'offre et de la demande dans ces services est assez solide. Les facteurs sociodémographiques et économiques mais aussi les dispositifs de solvabilisation de la demande sont à l'origine de ce développement. Nous avons montré également que ces facteurs influencent différemment la structure de l'offre. En effet, la demande qui soutient le développement du marché encourage l'offre de faible qualité plutôt que l'offre de bonne qualité. Nous imputons cet effet distordant sur l'offre aux dispositifs d'évaluation des besoins et de financement de la demande. Comme le note Bernard Ennuyer (2006), la grille d'évaluation des besoins permet en réalité de mesurer la dépendance des personnes âgées et non pas à évaluer les besoins en matière de l'aide à domicile. En d'autres termes, une partie des besoins, notamment ceux qui nécessitent une prise en charge qualitative, est insuffisamment prise en charge.

La conjugaison entre les différents facteurs se traduit par la domination de la demande exprimée par les personnes âgées faiblement dépendantes ou autonomes. Plus de 77% des personnes aidées à domicile sont classées dans les plus bas niveaux de dépendance par la grille AGGIR, soit les Gir 4 à 6. Etant donné que

le montant de leur allocation est indexé sur le niveau de dépendance, leur budget est généralement insuffisant pour financer une prise en charge complète et de qualité de leurs besoins.

Certes les dispositifs d'évaluation et de financement publics influencent sur la structure de l'offre de services à destination des personnes âgées. Mais, les inégalités de revenus au sein même de la population âgée seraient susceptibles de renforcer le développement inégal entre l'offre de qualité et l'offre de faible qualité. En effet, En 2005, le revenu des personnes proches de la retraite (54-64 ans) est supérieur de 23% par rapport aux personnes les plus âgées (plus de 75 ans). Cette population moins âgée, autonome et aisée est celle qui serait la plus incitée par la défiscalisation du revenu pour le recrutement d'un salarié en gré à gré. D'ailleurs, les chiffres du secteur montrent que cette offre domine toujours le marché en termes de nombre d'heures de services prestées et en termes d'emploi. Cette tendance risque de se poursuivre notamment avec la mise en place du CESU en 2006 dans le cadre du plan du développement des services à la personne. Ce moyen de solvabilisation de la demande est un dispositif incitatif au développement des emplois de gré à gré. Il peut être utilisé également par des organisations prestataires pour les services d'entretien ménager généralement offerts par des employés à faible niveau de qualification.

Un marché peu structuré où les différences de qualités sont difficilement visibles

L'offre des services d'aide à domicile est composée de structures appartenant à des secteurs institutionnels différents. On y trouve le secteur associatif traditionnel fortement ancré dans ces services, le secteur d'insertion par l'activité économique et par l'emploi (associations intermédiaires et entreprises d'insertion), le secteur du service public de proximité (les CCAS), le secteur marchand et enfin le secteur du gré à gré. À cette diversité des statuts de l'offre, s'ajoute une autre diversité liée à la réglementation de l'activité. Dans ce marché coexistent l'offre agréée et l'offre non agréée. Depuis 2003, la mise en place du régime d'autorisation fait émerger une autre forme de diversité : l'offre agréée et l'offre autorisée. Enfin, on distingue l'offre prestataire où le destinataire du service est un client d'une organisation et l'offre mandataire où il est employeur du salarié mais il délègue la gestion de la relation professionnelle à une organisation.

Cette multiplicité des formes institutionnelles de l'offre renvoie à une multiplicité des démarches de service d'aide à domicile. Chaque forme d'offre se caractérise par des démarches propres à ses valeurs et à son histoire. Chacune peut évoluer dans un contexte réglementaire et économique différent. Par exemple, le prix que paie l'utilisateur peut être différent selon que l'organisation est agréée ou non. Cette différence existe également entre l'offre du secteur d'insertion et l'offre classique ou encore entre cette dernière et l'offre de gré à gré.

Cette diversité des formes de l'offre peut mettre en difficulté le choix des usagers, car la qualité des services et des organisations peuvent être différentes mais cette différence est très peu visible sur le marché. Notre enquête a montré qu'il existerait au moins quatre formes de prise en charge en fonction de

la nature des publics pris en charge, de la variété des services offerts et des compétences professionnelles des salariés. Nous avons distingué une prise en charge intégrée des besoins des personnes dépendantes, une prise en charge partielle de ces besoins et une prise en charge minimaliste. A ces trois types d'offre, s'ajoute une offre intégrée des besoins à destination des familles en difficultés. Celle-ci est essentiellement l'œuvre des associations d'aide aux mères en difficultés socio-sanitaires qui ont commencé à fournir des services d'aide aux personnes dépendantes, de garde d'enfants et d'aide ménagère aux personnes actives depuis quelques années.

Selon cette typologie, les différences de qualité existent dans ce marché. Cependant, elles ne sont pas accessibles aux usagers puisque l'information sur cette qualité est peu existante. D'ailleurs, une écrasante majorité des personnes âgées (selon notre enquête) ignore si la qualité de leur prestataire est différente de celle des concurrents (voir le chapitre V). Le libre choix des personnes âgées est donc problématique dans ces services. Au-delà de la question éthique que pose un tel constat, c'est l'efficacité du fonctionnement de ce « marché » qui peut être affectée. Puisque les qualités ne sont pas visibles, la sanction économique (par le prix et par la demande) des prestataires de faible qualité est peu probable. La sanction par les institutions peut être envisagée. Mais comme l'affirme Haddad (2004), le contrôle dans ces services est très peu présent. Ceci nous a conduit à poser le problème de l'incertitude sur la qualité comme étant une question centrale pour le développement qualitatif de l'offre.

Le rôle de la régulation dans la structuration de l'offre

Les règles de qualité notamment l'agrément qualité a le mérite de différencier l'offre de qualité contrôlée (agrée) et l'offre de qualité non contrôlée. Il s'agit donc de la seconde différenciation des qualités après celle opérée entre l'offre du marché des organisations et l'offre du marché des services de gré à gré. Mais cette différenciation ne signifie pas que les organisations agréées fournissent que des services de qualité contrôlée. Elles fournissent également des services dont la qualité ne s'inscrit pas dans le cadre de l'agrément, notamment les services à destination des personnes valides. Ces services plus rentables sont nécessaires pour l'équilibre économique des organisations. Cette contrainte économique semble conduire les organisations à diversifier leur offre et les publics pris en charge. En revanche, la mise en place du régime d'autorisation pourrait soulager cette contrainte incitant les organisations, notamment associatives, à centrer leur activité sur la prise en charge de la dépendance. Ainsi, la régulation transversale, autrement dit l'Agrément qualité et l'Autorisation, exerce une influence ambiguë sur la structuration de l'offre. D'une part, elle encourage les organisations à se spécialiser sur des publics, donc à une différenciation par les spécialisations. D'autre part, elle incite à la polyvalence notamment avec l'assouplissement du régime d'Autorisation et la forte incitation financière du CESU. Pour bénéficier de cette incitation, les organisations doivent proposer des services périphériques aux services du maintien à domicile des personnes âgées.

En outre, les régulations locales peuvent orienter l'offre vers plus de différenciation ou vers la diversification selon les territoires. L'articulation entre les différentes régulations locales et transversales fait émerger des modèles locaux de développement de services d'aide à domicile différents. Nous avons pu recenser trois principaux modèles : la structuration du marché sous forme de duopoles spécialisés sur des territoires, un modèle fondé sur le service public de proximité ou sur l'offre d'une organisation de grande taille intégratrice des besoins locaux et enfin, un modèle fondé sur des partenariats locaux où les prestataires sont incités par les collectivités locales à intégrer leurs activités et à mutualiser leurs coûts.

PARTIE II

INCERTITUDE ET QUALITÉ DANS LES SERVICES D'AIDE À DOMICILE

INTRODUCTION

Depuis les travaux de Chamberlin (1933) sur la concurrence monopolistique, l'analyse de l'offre et de la demande nécessite de prendre en compte une nouvelle variable qui est la relation entre la qualité et le prix. L'offre et la demande ne sont plus influencées uniquement par les prix mais aussi par la qualité, et cette même qualité peut évoluer avec l'évolution du prix. Mais dans certaines situations, cette évolution de la qualité ne peut être observable à travers les prix. Ce sont des situations où les produits peuvent changer de nature ce que les prix ne montrent pas. Comme le fait remarquer Chamberlin (*id.*), l'hypothèse de connaissance parfaite sur les produits et le comportement des agents n'est plus valable dans ce genre de situations. On peut qualifier ce type de situation d'incertitude qualitative. L'analyse de cette incertitude a donné lieu à des contributions majeures permettant de mieux comprendre le fonctionnement du marché. On peut citer Arrow (1963), Akerlof (1970), Spence (1973, 1976), Hirschman (1974) et Stiglitz (1987).

Leur analyse est essentiellement conduite sous l'angle de l'asymétrie informationnelle, à l'exception de Hirschman (Lupton, 2003). Il s'agit des situations où un vendeur connaissant parfaitement les caractéristiques de ses produits ne les dévoile pas à l'acheteur dans le but d'en engranger une rente dite « informationnelle ». Dans les services de l'aide à domicile, ces situations d'asymétries informationnelles peuvent exister. Un prestataire peut ne pas dévoiler par exemple le niveau de qualification de ses salariés afin de ne pas désinciter les usagers. Par ailleurs, il existe d'autres situations d'incertitude qualitative partagée par le vendeur et l'acheteur. Cette notion d'incertitude partagée a été mise en évidence par Hirschman (1974) en analysant le marché de garde d'enfants en construction dans les pays occidentaux dans les années soixante et soixante-dix. Ce type d'incertitude est résumé par le fait que ni les parents ni les prestataires ne connaissent les caractéristiques du service. Chaque prestation est une situation particulière dans laquelle les attentes des parents et la façon dont la prestation doit être produite sont à

découvrir. Le manque d'information sur la qualité du service est donc symétrique⁸⁶. Pour Hirschman, ce type d'incertitude se définit donc par l'ignorance partagée des producteurs et des acheteurs à propos de la qualité notamment dans la phase initiale du développement du marché, ce qui peut être le cas dans l'aide à domicile. L'incertitude qualitative dans les services de l'aide à domicile est due à l'ignorance des usagers des différences de qualités proposées par les prestataires mais aussi à ce qu'on peut qualifier d'insuffisante constitution du service de l'aide à domicile. C'est parce que les attentes des usagers sont évolutives que la définition de ce que devrait être la qualité de la prestation est difficile à établir dès le départ. Cette évolution des attentes et par conséquent de la nécessité de faire évoluer la qualité est à l'origine de l'incertitude partagée entre le prestataire et l'utilisateur.

Dans cette partie, nous nous interrogeons sur la notion de l'incertitude dans l'aide à domicile en essayant de clarifier ses différentes formes et les différents niveaux où elle se manifeste. Est-elle liée aux comportements ou plus précisément aux actions des acteurs ? Par cette question, nous analysons les interactions « stratégiques » qui peuvent générer de l'incertitude. Ce problème peut exister dans les trois niveaux d'interaction : le niveau de la relation entre l'utilisateur et le salarié intervenant au domicile de celui-ci, le niveau de la relation entre le prestataire et l'utilisateur (le niveau du contrat de prestation) et enfin, le niveau de relation entre le salarié et l'employeur (niveau du contrat de travail). Pour mieux caractériser les tensions que génère l'incertitude, nous analysons les différents types de relation du point de vue de la justification de l'action individuelle (Boltanski et Thévenot, 1989). L'incertitude est-elle due à la confrontation des différentes formes de justification de l'action ? Plus précisément il s'agit de confronter les modes d'évaluation de la qualité dans ces services. Notre hypothèse part du fait que l'évaluation subjective de la qualité remplace souvent l'évaluation objective dans la mesure où cette dernière est difficilement envisageable dans ces services. C'est dans ce sens qu'on peut définir l'incertitude partagée dans l'aide à domicile : l'interprétation de la qualité peut être différente d'un acteur à un autre puisque son évaluation est subjective, et l'absence d'un accord commun sur la définition de la qualité, d'un étalon de mesure ou de règles de qualité précises et stables est à l'origine de cette incertitude. Nous montrerons dans cette partie les raisons de cette difficulté et les conséquences sur la coordination que peut induire ce mode d'évaluation subjectif de la qualité.

La question de l'incertitude qualitative conduit à nous interroger sur la notion même de la qualité du service d'aide à domicile. Certains travaux consacrés à cette question ont mis en évidence son caractère composite (Gounouf, 2002 ; Gadrey N. et *al.*, 2004). La qualité peut désigner à la fois les compétences

⁸⁶ Cette symétrie de l'information est, semble-t-il, la raison de l'éviction de l'incertitude partagée par les économistes puisqu'elle est synonyme d'une situation de « non-connaissance parfaite » des acteurs (Lupton, 2003). Par conséquent, son influence sur l'équilibre optimal est marginale puisqu'aucun acteur ne peut utiliser l'information à des fins stratégiques (Postlewaite, 1989). Le problème que pose l'incertitude partagée apparaît quand un des acteurs commence à disposer plus d'informations que les autres. Dans ce cas, il s'agit d'une asymétrie de l'information.

professionnelles du salarié (ses qualifications), ses compétences relationnelles et les compétences organisationnelles des structures prestataires. Cette définition peut être enrichie en intégrant dans la qualité d'autres aspects tels que la variété des services, la capacité de l'organisation à adapter les prestations aux attentes des personnes âgées, la dimension de proximité entre les usagers et l'organisation et le caractère procédural de la prestation (existence des procédures et de règles internes). Sur le plan pratique, c'est-à-dire de l'action, cette multi-dimensionnalité de la qualité des organisations peut poser des difficultés : quand une personne âgée choisit un prestataire, évalue-t-il la qualité globale d'une organisation en prenant en compte l'ensemble de ses dimensions, ou s'intéresse-t-il aux seules dimensions qui lui paraissent importantes ? A première vue, la réponse peut paraître évidente. Les individus choisissent en général les produits au regard de leurs caractéristiques et selon leurs préférences, ce qui suppose que ces mêmes caractéristiques des produits sont préétablies et connues. Ceci n'est pas le cas dans l'aide à domicile puisque les caractéristiques (ou les dimensions) de la qualité ne sont pas toutes identifiables et surtout elles évoluent.

En intégrant l'évolution de la dépendance et la nécessité d'adapter la qualité à cette évolution, nous introduisons la notion de « qualité dynamique » des services d'aide à domicile. À travers cette notion, nous analysons l'adaptabilité comme une dimension de la qualité mais surtout comme un mode de coordination. On peut supposer que si les usagers anticipent l'évolution de leurs besoins et si cette anticipation va dans le sens d'une dégradation de l'autonomie, ils choisiront dès le départ les organisations capables d'adapter le service à cette évolution. En ce sens, le choix d'un prestataire s'inscrit dans une approche dynamique de leurs besoins. Ce moment où s'effectue le choix se caractérise justement par un autre type d'incertitude relative à la qualité adaptative : comment repérer cette qualité ? Notre objectif dans cette partie n'est pas de mesurer cette qualité mais de caractériser ce choix dynamique des usagers et de mettre en évidence les enjeux de cette qualité dans la structuration du marché. Dans la partie III, en nous basant sur l'enquête auprès des personnes âgées, nous montrerons comment se formalise concrètement ce choix et comment les usagers repèrent ce type de qualité.

Le chapitre III est consacré à l'analyse économique de l'incertitude. Dans le premier point, nous nous intéressons à la conception de Knight (1921) et de Keynes (1934) sur l'incertitude. L'apport de ces deux auteurs à l'analyse de l'incertitude est fondamentale notamment au regard de la notion de « jugements » de Knight et celle de l'évaluation autoréférentielle de Keynes. Dans le deuxième point nous présentons les principaux modèles néoclassiques contemporains : le modèle d'équilibre général dans le cas de l'incertain (Arrow et Debreu, 1954), le modèle d'utilité espérée (Ramsey, 1931 et Von Neumann&Morgenstern, 1944) et le modèle de l'espérance d'utilité subjective (Savage, 1954). Nous essayons de montrer les limites de ces approches en ce qui concerne l'analyse du marché de services d'aide à domicile. Enfin, dans le troisième point, nous exposerons les principaux mécanismes réducteurs

de l'incertitude. Nous distinguerons les mécanismes du marché et les dispositifs conventionnels et institutionnels.

Le chapitre IV est consacré à la définition de la qualité dans l'aide à domicile et l'incertitude qualitative. Le premier point expose les principales tensions qui entourent la relation de service d'aide à domicile (Gadrey, 1992 ; Butté- Gérardin, 1999) et les ordres de justifications dans cette relation (Boltanski et Thévenot, 1989). Dans le deuxième point, nous proposerons une définition de la qualité dans l'aide à domicile en distinguant la qualité des services et la qualité des organisations. Enfin, dans le dernier point, nous montrerons les deux types d'incertitude dans l'aide à domicile : l'incertitude liée au comportement du prestataire et de l'employé et l'incertitude qualitative *versus* sélection adverse.

CHAPITRE III

APPORTS ET LIMITES DE LA THÉORIE ÉCONOMIQUE À L'ANALYSE DU CHOIX EN SITUATION D'INCERTITUDE

INTRODUCTION

Dans les modèles de la théorie standard, l'incertitude est analysée en termes d'asymétrie de l'information. Les modèles proposés expliquent comment les individus peuvent agir dans un univers compliqué par les asymétries informationnelles sans remettre en cause le postulat de la rationalité économique. En ce sens, ces modèles tentent d'intégrer l'incertitude dans la prise de décision en inscrivant la rationalité individuelle dans des schémas incitatifs. Pour les économistes hétérodoxes, l'incertitude relève à la fois de la défaillance du marché et des limites de la rationalité substantielle. Avant d'exposer ces différentes approches, nous nous intéressons à la distinction entre les notions de risque et d'incertitude révélée par Knight (1921). Nous exposons également la conception keynésienne de l'incertitude en nous concentrant sur son approche conventionnelle. Par la suite, nous nous intéressons à l'analyse néoclassique de l'incertitude. Nous abordons cette approche du point de vue de l'extension de la théorie de l'équilibre général vers le cas de l'incertain (modèle d'Arrow et Debreu, 1954). Toujours dans le cadre de la théorie néoclassique, nous exposons les principaux modèles microéconomiques contemporains dont le Modèle d'Utilité Espérée (Ramsey, 1931 et Von Neumann et Morgenstern, 1944) et le Modèle de l'Espérance d'Utilité Subjective (Savage, 1954).

Si la première génération des modèles économiques sur l'incertitude s'intéressait à l'inclusion de l'incertitude dans le processus de décision de l'individu, la deuxième génération marquant le renouveau de l'approche néoclassique s'intéresse aux mécanismes réducteurs de l'incertitude. Sans abandonner l'hypothèse de rationalité substantielle, la nouvelle approche de l'incertitude peut être considérée comme un ensemble de modes opératoires de l'action. Akerlof, Stiglitz et Spence sont sans doute les auteurs qui ont le plus marqué ce renouveau. Dans la nouvelle approche, on distingue deux types de mécanismes :

- les mécanismes incitatifs comme la contractualisation : le contrat d'agence et le contrat contingent de Rothschild et Stiglitz.
- les mécanismes de signalement de la qualité : la signalisation de la qualité devient le terrain d'analyse le plus exploré par la théorie standard. Nous exposons les différents modèles de

signaux de la qualité en élargissant la perspective vers les dispositifs comme la publicité, la réputation ou les garanties.

Les limites de l'approche néoclassique de l'incertitude se situent principalement dans son hypothèse de rationalité individuelle. Les mécanismes du marché sont incapables d'intégrer l'incertitude quand celle-ci recouvre des situations critiques (Orléan, 1991 ; Thévenot, 1989 ; Eymard-Duvernay, 1989). Ce sont en général des situations caractérisées par l'incertitude sur la qualité. Les approches par les institutions et par les conventions privilégient la conception des marchés incomplets (ou contrats incomplets). Les défauts de coordination dus à l'incertitude peuvent être corrigés par le recours à des institutions (au sens de Williamson) ou à des conventions (règles formelles ou informelles). Nous examinons le rôle de la réglementation et des conventions dans la réduction de l'incertitude. Nous réservons une place importante à la convention de qualité au sens d'Eymard-Duvernay (1989).

1. DISTINCTION ENTRE L'INCERTITUDE ET LE RISQUE

1.1. L'incertitude et le risque chez Knight

La théorie économique standard attribue aux agents économiques une rationalité très sophistiquée. En toute situation, ils prennent leur décision suite à un calcul de maximisation de leurs intérêts sous contraintes. Ceci requiert une connaissance fine de l'environnement économique (prix, qualité, quantités) ainsi qu'une capacité élevée à exploiter cette connaissance. Or, l'individu peut être confronté à la complexité de cet environnement, au manque d'informations ou à leur asymétrie. Le calcul de maximisation doit alors intégrer une multitude de variables interconnectées. L'environnement de la décision devient davantage complexe lorsque l'on intègre le temps comme variable. La rationalité néoclassique suppose que l'individu structure d'abord le champ de son action avant de procéder à la classification de ses préférences. Nécessairement il doit disposer de toutes les informations pertinentes dans la structuration de ses actions. Or, la littérature économique définit une multitude de situations où l'information est imparfaite. Elle devient de fait un obstacle au libre choix des individus et par conséquent à l'efficacité parétienne.

Comment les individus intègrent-ils le manque d'information dans leur prise de décision ? Quand on a une connaissance fragmentée sur les quantités ou les prix d'une marchandise qui s'échangera dans le futur, peut-on décider dans le présent si l'on achète cette marchandise ? Quand un banquier est incapable de prévoir la rentabilité du projet de son client, peut-il prendre la décision de lui accorder un crédit ? Ces questions sont traitées par la théorie économique en recourant aux probabilités. L'individu peut anticiper les conséquences futures de son action en les estimant par des probabilités lui permettant ainsi de clarifier ses prévisions de guider ses décisions. Cette méthode n'est possible que si la situation est probabilisable. Autrement dit, si la prévision peut se faire à partir des probabilités mathématiques ou de probabilités fréquentistes. La probabilité mathématique est un calcul logique de type nombre de cas favorables / nombre de cas total. Il faut donc connaître avec exactitude les deux nombres. C'est le cas des jeux du hasard où les chances sont égales. La probabilité fréquentiste est un calcul fondé sur l'expérience. Le calcul est effectué en observant un nombre important d'occurrences d'un événement. C'est le cas du nombre de jours de pluie dans une année par exemple (Moureau et Rivaud-Danset, 2004, p. 7).

Une situation est dite risquée quand elle est caractérisée par des événements similaires ou quasi-similaires. Le risque est identifié à travers la probabilité⁸⁷ d'occurrence de ces événements, ce qui n'est pas le cas de la situation incertaine. Celle-ci « *est considérée comme unique et n'est pas réductible à un groupe de cas similaires* » (Moureau et Rivaud-Danset, op.cit.). Comme l'affirme Knight, il y a une différence entre l'incertitude et le risque. Si ce dernier est probabilisable, l'incertitude par contre ne l'est pas.

« la différence pratique entre les deux catégories, le risque et l'incertitude, est que, s'agissant de la première, la distribution du résultat parmi un ensemble de cas est connue (soit par le calcul a priori, soit par des statistiques fondées sur les fréquences observées), tandis que ceci n'est pas vrai de l'incertitude en raison de l'impossibilité de regrouper les cas, parce que la situation à traiter présente un degré élevé de singularité » (Knight, 1921, p. 233)

À la différence du risque, l'incertitude est relative à des situations inédites dont on ignore les propriétés ou à des situations complexes ou mal structurées. L'ignorance des caractéristiques des situations incertaines ne permet donc pas de les probabiliser. Cette distinction de Knight entre le risque et l'incertitude rejoint celle que fait Keynes entre *l'incertain* et *l'improbable* (cf. plus loin). Quand la situation est risquée, on peut se prémunir contre le risque en faisant appel aux mécanismes traditionnels comme l'assurance. La prime d'assurance est définie en fonction de la probabilité de la survenance de l'événement (du risque) contre lequel on se prémunit. Au niveau du calcul de maximisation, les individus peuvent intégrer le risque dans leur utilité future (ou espérée). En ce sens, ils peuvent faire des arbitrages entre le risque et les gains espérés. Par ailleurs, les mécanismes d'assurance ne peuvent pas être mobilisés quand la situation est incertaine. On ne peut pas déterminer le coût de l'assurance puisque l'événement est improbable au sens où l'on ne peut pas le mesurer. Si la situation incertaine n'est pas mesurable en termes de coût ou de désutilité, l'individu rationnel au sens de la théorie néoclassique, est incapable de définir le programme d'actions le plus efficace. Dans cette situation d'incertitude, l'individu ne peut pas agir tout simplement. L'incertitude provoque l'indécidabilité ou l'immobilisme. Pourtant, les individus réussissent à dépasser cette situation d'immobilisme malgré l'incertitude. Knight explique cette capacité des individus à agir par le fait qu'ils formulent des jugements sur l'avenir.

⁸⁷ Cette probabilité est dite objective par opposition à la probabilité subjective (au sens de Savage, 1945) fondée sur des estimations subjectives ou des croyances.

1.2. Les jugements sur l'avenir

Dans des situations incertaines, les individus peuvent avoir recours à des prévisions personnelles pour prendre leurs décisions. Ces prévisions ne sont pas construites sur la base de calculs de probabilités, mais sur des jugements que l'on fait sur l'avenir selon l'expression de Knight. Comment fonde-t-on un jugement lorsque la situation est complexe, et quel crédit accorde-t-on à ce jugement ? Selon Knight, le processus de prévision se décompose en deux moments. Le premier consiste à former une estimation ou un jugement personnel en cherchant des repères significatifs. Ils peuvent être extraits des expériences personnelles, celles des autres ou être de pures intuitions. En cherchant dans son entourage les expériences similaires, l'individu se fait une idée sur le comportement adopté par les uns et les autres et leurs conséquences. Il décide de suivre ce comportement ou le modifier en fonction des spécificités de la situation ou de l'action. Il peut également adapter son action par la correction des erreurs commises par les autres ou de ses propres erreurs commises dans le passé. Ce procédé consiste à optimiser son action en recourant à des repères externes à celle-ci.

Une fois que le jugement est formé, il s'ensuit un autre moment qui est celui de valider le jugement. Autrement dit, vérifier la fiabilité des repères auxquels on a eu recours pour former le jugement. Sa validité dépend donc de la pertinence des repères externes retenus et de la confiance que l'on accorde à ses propres estimations. Si les repères qui ont servi de guide au jugement sont assez significatifs, alors le jugement est validé. Si tel n'est pas le cas, l'individu recherche dans son environnement d'autres indices plus pertinents.

Agir dans l'incertain nécessite donc de s'imprégner de l'environnement externe de l'action. L'action de l'individu n'est plus libre de toute contingence externe comme le considère la théorie standard. L'incertitude institue donc l'horizontalité des relations individuelles sur le marché puisque les actions des uns et des autres sont inter-déterminées. Ce qui n'est pas le cas dans la théorie de rationalité néoclassique puisque les individus prennent leurs décisions d'une façon autonome et seulement en interprétant les signes (prix et quantités) envoyés par le commissaire du marché.

Cependant, fonder le jugement sur l'avenir en interprétant les événements personnels ou vécus par les autres suppose que les individus aient la possibilité de partager leurs expériences. Ceci revient à dire qu'ils sont insérés dans des relations sociales leur permettant de mutualiser leurs connaissances. Dans ce cas de figure, le jugement que fait un individu peut être influencé par ce que tous les autres ont jugé pertinent pour un cas particulier. En ce sens, le jugement dominant peut être interprété comme un

jugement plus au moins conventionnel. L'action individuelle en incertitude découle donc directement du jugement conventionnel⁸⁸.

Ces hypothèses sont importantes en ce qui concerne l'objet de notre thèse. Les personnes âgées confrontées à l'incertitude sur la qualité du service d'aide à domicile prennent leur décision, souvent, en interprétant les décisions prises par d'autres personnes proches. Or, une grande partie de ces personnes sont dans l'isolement plus au moins accentué. En termes simples, quand ces personnes doivent choisir un prestataire, peut-on considérer leur choix comme un choix par défaut ? Cette question sera traitée dans la partie III de cette thèse. Mais nous pouvons esquisser ici quelques éléments de réponses. En effet, le choix des personnes âgées est fondé sur un jugement personnel tel que l'a décrit Knight. Nous retenons donc l'hypothèse de Knight selon laquelle le recours à un jugement externe à l'action nécessite la connaissance de faits similaires, vécus personnellement ou par les autres. Pour une autre partie de la population, celle qui n'a pas la possibilité de partager l'expérience des autres, le choix est souvent éclairé par des intermédiaires ou à travers des règles.

La conception de Knight de l'action individuelle en incertitude présente quelques limites. Outre celle exposée précédemment concernant la contrainte de trouver des repères externes fiables, on peut ajouter une autre limite induite par les interactions stratégiques des individus. En fait, quand l'action concerne des intérêts divergents et que l'action d'un individu peut impacter l'utilité des autres individus, les repères externes deviennent alors stratégiques et peuvent être instrumentalisés par les individus. Se fier à ces repères peut être lourd de conséquences pour un individu. Ils perdent ainsi leur utilité en tant que supports de jugement fiable, à moins que les individus ne les interprètent pas au premier degré. C'est là où la notion de la rationalité autoréférentielle de Keynes devient pertinent et complète la conception de l'action de Knight. Selon Keynes, dans ces situations stratégiques, l'action est fondée non pas sur l'information que fournit un repère externe mais sur la façon dont cette information est interprétée par les autres individus.

1.3. L'incertitude chez Keynes

La notion d'incertitude recouvre des situations de manque d'informations très disparates. Les deux situations extrêmes sont celle où l'incertitude est totale, empêchant la capacité d'agir, et celle où l'incertitude est légère et n'affecte pas vraiment la décision individuelle. Entre ces deux situations, il

⁸⁸ Cette approche conventionnelle est très proche de celle de Keynes (cf. le point suivant). Le jugement conventionnel est à la base de l'approche keynésienne du comportement microéconomique en situation d'incertitude.

existe un large éventail de situations où le degré de l'incertitude varie selon de nombreux facteurs : l'horizon temporel de l'action, le poids des conséquences de cette action, le comportement des autres agents et d'autres facteurs qui peuvent affecter l'action elle-même (l'évolution du prix, des quantités, de la qualité ...). Le temps joue un rôle très prépondérant sur les anticipations de l'avenir. Plus la date de la prévision est lointaine, plus l'incertitude devient lourde surtout quand le contexte économique, social ou technologique de l'action est lui-même sujet à l'incertitude. Or nos connaissances sur l'avenir ne sont que très vagues comme l'écrivait Keynes. Il s'agit, selon lui, d'une « connaissance incertaine » (Keynes, 1938). Ce qui pourrait affecter les décisions selon Keynes, ce sont les nouveaux éléments à apparaître qui peuvent changer la donne dont on ne sait pas grand chose ni sur la date de leur apparition ni sur l'intensité de leurs conséquences. En ce sens, il distingue « l'incertain mesurable » de « l'incertain non mesurable ».

« Il me faut expliquer que, par l'expression de connaissance « incertaine », mon intention n'est pas simplement de distinguer ce qui est su avec certitude de ce qui est seulement probable. Le jeu de la roulette n'est pas sujet à l'incertitude, en ce sens, ni la perspective de tirer un bon numéro au loto. Ou encore, l'espérance de vie n'est soumise qu'à une légère incertitude. Même le temps qu'il fait n'est que modérément incertain. Le sens dans lequel j'utilise ce terme est celui selon lequel la perspective d'une guerre européenne était incertaine, ou encore le prix de cuivre et le taux d'intérêt dans vingt ans, ou la date d'obsolescence d'une invention nouvelle, ou la position des détenteurs de fortunes dans le système social de 1970. » (Keynes, 1938, p. 144).

Les événements auxquels Keynes fait référence ne sont pas mesurables par un calcul de probabilité logique. L'éventualité de leur réalisation n'obéit pas à une fonction logique qui permet ce calcul. Les facteurs déclencheurs de ces événements ne sont pas totalement connus, ou encore, leur instabilité dans le temps n'est pas observable. Ce qui fait dire à Keynes « *qu'il n'y a pas de fondement scientifique sur lequel on puisse formuler, d'une façon autorisée, quelque raisonnement probabiliste que se soit.* » (Keynes, op. cit.). Dans les situations d'incertitude telles que décrites par Keynes, même l'assurance est incapable d'apporter des solutions satisfaisantes. En effet, il est insensé de se couvrir contre le risque d'une guerre improbable ou d'une nouvelle technologie qui menace celle existante alors qu'on ne sait même pas si ce risque est réel et à quelle date il survient. Dans l'avenir lointain, « *nous ne savons pas, tout simplement* » écrivait Keynes.

1.3.1. Keynes et la rationalité autoréférentielle : une approche conventionnelle de l'incertitude

Peut-on mesurer les conséquences futures d'une action présente ? La rationalité Savagienne le permet mais elle implique une connaissance parfaite de l'avenir. La maximisation de l'utilité par le critère de

Savage⁸⁹ est réalisable que pour un avenir proche et débarrassé de toute contingence. Autrement dit, l'incertitude de l'avenir est très modérée et n'affecterait pas la rationalité substantielle de l'individu. Par contre, quand l'avenir est soumis à des incertitudes où les contraintes sont inter-liées et multiples, la rationalité substantielle se trouve insuffisante pour procéder à des calculs complexes. Simon parle alors de *rationalité procédurale*. Les agents cherchent en effet la meilleure procédure pour atteindre la rationalité. C'est dans ce sens que la *rationalité autoréférentielle* au sens de Keynes peut être qualifiée de rationalité procédurale. En effet, les individus, dans certaines situations stratégiques, anticipent ce que pensent les autres et agissent en fonction de cette prévision. Se référer à un certain nombre de repères ou de croyances pour se donner des fondements plus au moins objectifs à l'action est une procédure que l'individu jugera comme la meilleure. L'allégorie de Keynes du concours de beauté illustre parfaitement le sens de la rationalité autoréférentielle :

« Ou encore, pour varier légèrement la métaphore, la technique du placement peut-être comparé à ces concours organisés par les journaux où les participants ont à choisir les six plus jolis visages parmi une centaine de photographies, le prix étant attribué à celui dont les préférences s'approchent le plus de la sélection moyenne opérée par l'ensemble des concurrents. Chaque concurrent doit donc choisir non les visages qu'il juge lui-même les plus jolis, mais ceux qu'il estime les plus propres à obtenir le suffrage des autres concurrents, lesquels examinent tous le problème sous le même angle. Il ne s'agit pas pour chacun de choisir les visages qui, autant qu'il en peut juger, sont réellement les plus jolis ni même ceux que l'opinion moyenne considérera réellement comme tels. Au troisième degré où nous sommes déjà rendus, on emploie ses facultés à découvrir l'idée que l'opinion moyenne se fera à l'avance de son propre jugement. Et il y a des personnes, croyons-nous, qui vont jusqu'au quatrième ou cinquième degré ou plus loin encore. » (Keynes, 1937, p. 17).

Dans des situations où les intérêts sont interconnectés, les individus interprètent ce que pensent les autres avant d'agir. Pour André Orléan (1999), ce n'est pas l'information qui intéresse les agents mais la manière dont les autres l'interprètent. La rationalité autoréférentielle peut donc être définie comme étant le fait que les individus effectuent leurs choix économiques non pas en fonction de leurs propres estimations, lesquelles sont fondées sur des informations objectives que leur renvoie le marché, mais en fonction de ce qu'ils pensent que les autres feront.

Pour Keynes, les agents disposent de techniques leur permettant de se conduire comme des hommes économiques rationnels :

⁸⁹ Le critère de Savage repris par Morgenstern consiste à maximiser l'espérance mathématique de la fonction d'utilité. Ce qui signifie que le calcul se fait sur la base d'une distribution probabiliste définie *ex ante*. La probabilisation de l'avenir implique donc une connaissance très exacte de tous les événements futurs.

- L'idée que le présent sert de guide pour l'avenir. Par expériences passées, on peut avoir une idée sur les changements futurs et adopter son comportement par conséquent. Le jugement sur l'avenir est donc construit sur les expériences personnelles passées.
- L'information donnée par le marché (prix et quantités) reflète la sommation correcte de prévisions quant à l'avenir, jusqu'à l'apparition de nouveaux éléments modifiant ces prévisions. Par exemple, les individus voient en l'accroissement de la production globale un signe de stabilité des anticipations, ce qui apaise les craintes sur les aléas de l'avenir.
- L'opinion de la majorité ou l'opinion moyenne comme référence commune pour chacun des agents, ce que Keynes qualifie de jugement conventionnel (1938, p. 145). Il s'agit en clair de la rationalité autoréférentielle.

1.3.2. *Les anticipations de l'avenir*

Les fondements macroéconomiques des comportements microéconomiques apparaissent dans l'analyse keynésienne sous la forme d'anticipations. Les individus savent que lorsque la croissance économique est solide, la majorité des anticipations à court et moyen terme sont positivement projetées. Une sorte de convention sur l'avenir, ce qui allège le poids de l'incertain. Quand cette convention est solide pour que les anticipations soient convergentes, le degré de défiance des individus à l'encontre de leurs propres jugements se trouve limité. La stabilité du présent est en effet un indice de confiance sur lequel s'appuient les décisions concernant l'avenir. En revanche, si l'économie entre dans une récession, les conventions sur l'avenir les plus échafaudées seront ébranlées. Des questionnements se forment sur l'avenir proche, sur la perte d'emploi, du revenu, etc. Il en résulte que les individus se défient de l'avenir et cherchent une certaine sécurité contre ces aléas. Dans cet ordre d'idée, Keynes, dans *La théorie générale sur l'emploi, l'intérêt et la monnaie* (1936), relie le présent et le futur à travers la monnaie. Pour lui, les individus préfèrent détenir des encaisses monétaires par sécurité contre les aléas de l'avenir : « *la possession de la monnaie apaise notre inquiétude et la prime que nous exigeons pour nous dessaisir de la monnaie est la mesure du degré de notre inquiétude* » (Keynes, 1937, p.116). La monnaie est donc considérée comme un support sur lequel les individus peuvent se projeter. Elle permet d'attendre et de reporter les décisions incertaines. La préférence à la liquidité est d'autant plus forte que la situation est incertaine. Elle apporte de la sécurité et aide à supporter l'incertitude comme l'écrivent Moureau et Rivaud-Danset (2004). Dans la conception Keynésienne, le taux d'intérêt n'est que la prime [*de liquidité*] accordée aux individus pour les persuader de se défaire de leur monnaie. Autrement dit, c'est la prime accordée pour que les individus échangent leur monnaie contre des actifs incertains. Cette prime dépend donc du degré de confiance que les individus placent dans leurs propres conjectures.

Que pouvons-nous retenir d'important de l'analyse Keynésienne en ce qui concerne cette thèse ? D'abord, à l'instar de Knight, l'incertitude caractérise des situations où la décision ne peut pas être réduite à un calcul de probabilité. En effet, quand l'action s'inscrit dans le temps, ses conséquences sont difficilement mesurables pour la simple raison qu'on ne peut pas prévoir l'avenir. La deuxième principale idée que nous retenons de Keynes est la rationalité autoréférentielle des individus. Puisque la rationalité individuelle est limitée par l'incertitude et comme l'action ne peut pas être fondée sur un calcul de probabilité, les individus agissent en interprétant ce que font les autres. Ils se servent de leurs expériences et anticipent leur comportement quand leurs intérêts s'entrecroisent. Le risque est que les autres se trompent dans leurs anticipations. Par conséquent, en imitant les autres, l'individu peut leur emprunter une mauvaise anticipation donc une mauvaise décision.

Dans notre enquête, dont les résultats sont exposés en détails dans la partie III, nous avons retenu cette hypothèse d'un choix individuel fondé sur l'expérience des autres, ou sur ce que les autres croient comme le « bon » choix ou le choix « conventionnel ». Notre objectif est de savoir comment se concrétise cette rationalité autoréférentielle dans ce marché. S'agit-il d'une interaction directe entre les usagers ou c'est une interaction intermédiée ? Quels sont les enjeux de ces interactions pour les personnes âgées et pour les prestataires ? Les repères sur lesquels les usagers s'appuient pour effectuer leur choix sont-ils des repères objectifs ?

2. L'APPROCHE DE LA THÉORIE NÉOCLASSIQUE : ANALYSE À PARTIR DE QUELQUES MODÈLES

Nous présentons dans ce point les apports et les limites de la théorie néoclassique à l'analyse de l'incertitude. Dans un premier temps, nous montrons comment l'incertitude est introduite dans le modèle de l'équilibre général. Dans un deuxième temps, nous exposons les deux principaux modèles microéconomiques fondateurs de l'analyse néoclassique de l'incertitude : le modèle d'utilité espérée et le modèle d'utilité espérée subjective.

2.1. *L'incertitude dans la théorie de l'équilibre général*

L'incertitude peut-elle dévier le processus qui conduit à la réalisation de l'équilibre général ? Cette question a été au centre des travaux de Kenneth Arrow (1963, 1980, 1985), de Gérard Debreu (1959) et d'Arrow et Debreu (1954). Ces auteurs ont fondé une analyse nouvelle de l'efficacité économique en présence d'incertitudes. Cependant, leur théorie de l'équilibre général dans l'incertain repose sur des hypothèses irréalistes. Il s'agit notamment de l'hypothèse selon laquelle on suppose que les individus disposent d'une information complète sur les biens et l'état des échanges futurs. Le *marché futur* (Arrow, 1954) et les *marchandises conditionnelles* ou les *contrats conditionnels* (Debreu, 1954) sont des notions éloignées de la réalité.

2.1.1. *L'incertitude chez Arrow*

Chez Arrow, l'incertitude est relative à la réalisation d'un *état de nature*⁹⁰ particulier. L'incertitude selon cet auteur (1963, 1985) renvoie au manque d'informations sur les marchés futurs : prix, quantités offertes et demandées, le marché des autres produits substituables ou complémentaires, les risques de perte de revenu, etc. Cette conception est généralement adaptée aux analyses faites sur le programme de consommation d'un agent. La dépense de demain dépend de ses prévisions établies aujourd'hui sur la base du revenu permanent, alors que ce revenu reste tributaire d'un certain nombre d'événements futurs incertains. En effet, l'agent procède à des anticipations sur le futur pour mieux établir ses choix

⁹⁰ Par état de nature ou état du monde, Arrow entend la réalisation d'un certain nombre d'événements à une date t_1 , date de conclusion de l'accord, qui peut modifier les conditions de l'échange à une date t_2 , date de réalisation de l'échange.

rationnellement. Mais généralement les prévisions restent incomplètes et la réalité n'est pas toujours adaptée aux anticipations.

2.1.1.1. L'aléa moral selon Arrow

En analysant le marché des soins médicaux, Kenneth Arrow (1963) met en relief l'incertitude du patient vis-à-vis des soins médicaux qu'on lui propose. Le médecin dispose de connaissances plus importantes par rapport au patient à propos de la santé de ce dernier et du traitement qu'il lui propose. Il existe donc une asymétrie de l'information à l'avantage du médecin. En quoi cette asymétrie informationnelle peut soulever des problèmes ? Si l'on extrait la confiance du rapport entre le médecin et le patient, ce dernier subit donc l'asymétrie de l'information. Supposons que l'acte médical soit une prestation d'ordre purement marchand, ce qui veut dire que l'on établit un contrat de prestation médicale. Le prix est déterminé en fonction du diagnostic du médecin sur la maladie de son patient et du traitement qu'il lui propose. Observons ici que le patient est incapable de vérifier si le diagnostic est exagéré et si le traitement proposé est efficace. Comme le note clairement Arrow, « *le médecin est l'agent qui choisit les actions qui ont un effet sur le bien-être du principal (le patient). La base même de la relation est la connaissance supérieure détenue par le médecin. Par conséquent, le patient ne peut vérifier pour voir si les actions des médecins sont aussi soigneuses qu'elles devraient l'être* » (Arrow, 1985a, p. 38). Dans une telle situation où le patient est totalement incertain sur les actions du médecin et sur la qualité des soins proposés, il est très probable que le patient renonce aux soins médicaux.

Cette incertitude est qualifiée d'aléa moral. Classiquement, ce phénomène se limite à l'assurance et désigne le relâchement de la responsabilité de l'assuré une fois qu'il a contracté une assurance. Dans la mesure où l'individu s'est assuré d'une indemnisation, il peut modifier son comportement, soit en relâchant sa vigilance, soit en provoquant de façon délibérée l'événement contre lequel il est assuré. Deux sources d'incertitudes se combinent alors : l'une vient de l'aléa de la nature que l'on peut probabiliser et l'autre du comportement de l'assuré que l'on ne peut prévoir qu'avec approximation. Dans le modèle d'agence⁹¹, on parle d'aléa moral lorsque le principal ne peut pas vérifier l'action de l'agent, ou quand l'agent reçoit une information privée après la signature du contrat. L'asymétrie informationnelle provient du fait qu'une fois le contrat signé, le principal ne peut pas toujours observer (ou ne peut pas vérifier) l'action (ou l'effort) de l'agent, ou du moins il ne peut pas parfaitement contrôler l'action. Aussi l'agent risque-t-il de ne pas respecter les engagements du contrat provoquant ainsi une perte d'utilité au principal.

⁹¹ On dit que deux personnes (au sens large y compris les personnes morales) sont liées par un contrat d'agence quand une partie appelé l'Agent (le mandataire) agit pour le compte d'une autre partie appelée le Principal (le mandant), à sa demande ou comme son représentant, dans un domaine décisionnel particulier (Ross, 1973, cité par Moureau et Rivaud-Danset, 2004, p. 32).

À l'instar de K. Arrow (1985a), certains auteurs préfèrent la notion d'*action cachée* à celle d'aléa moral : le principal ne peut pas complètement observer les actions de l'agent (Arrow, 1985a). Par extension, la sélection adverse se définit comme une situation où un côté du marché ne peut observer la qualité ou le « type » de biens et service issus de l'autre côté. On parle alors de « type caché » ou de caractéristiques inobservables. L'aléa moral (ou hasard moral) concerne les situations dans lesquelles un côté du marché ne peut observer le comportement de l'autre. On parle alors de « comportement caché » ou d'actions inobservables.

2.1.1.2. *L'incertitude et la confiance*

L'incertitude au sens de Kenneth Arrow peut être définie par le manque de confiance des agents vis-à-vis de l'attitude des autres agents. C'est parce qu'il y a un manque de confiance que les agents se posent des questions sur le comportement opportuniste des autres agents. Quand la défiance est mutuelle alors l'incertitude vis-à-vis du comportement des uns et des autres devient critique. Les agents doivent donc établir leurs décisions sur la base des anticipations qu'ils forment à propos du comportement des autres. L'intégration de ces anticipations dans la prise de décision signifie le rattachement de l'utilité de l'agent à celle des autres agents. On parle alors d'incertitude *stratégique*.

En modélisant le comportement des agents lorsqu'ils subissent une incertitude stratégique, la théorie des jeux montre que l'anticipation rationnelle s'y trouve fortement limitée. La complexité de l'anticipation tient au fait qu'elle soit structurée à l'infini : l'individu doit interpréter le comportement des autres et surtout envoyer des signaux sur son propre comportement. C'est le premier degré d'anticipation. Or, il doit s'assurer que ces signaux sont bien interprétés par les autres afin que ces derniers adoptent un comportement coopératif. Il doit anticiper ce que les autres pensent de son comportement. C'est le deuxième degré d'anticipation. Un autre degré plus complexe consistant à savoir comment les individus réagissent suivant l'interprétation des signaux qu'ils ont reçus. Suivant cette prévision, ils doivent réagir en conséquence et surtout le faire savoir aux autres. Faut-il encore qu'ils réagissent de façon souhaitable en interprétant convenablement les signaux émis par les autres. Ce mouvement d'anticipations est une structure infinie d'emboîtements qui alourdit la rationalité de l'individu. En général, les individus n'accèdent qu'au premier degré d'anticipations. Quand le manque de confiance vis-à-vis de l'autre est élevé, le contrat peut ne pas avoir lieu.

Même si l'individu n'a besoin que du premier degré d'anticipation pour agir, le contrat peut être remis en cause. En effet, l'anticipation est fondée sur le jugement que l'on fait sur le comportement de l'autre. Pour autant, il faut avoir confiance en son propre jugement. C'est le problème des fondements logiques

des probabilités subjectives⁹². Face à l'incertitude, chaque individu dispose d'une capacité intrinsèque à observer les événements et faire le lien avec son stock d'informations cumulé à travers les faits passés. Ce cumul d'informations est un ensemble de connaissances acquises sur les événements précédents et leurs implications économiques sur l'utilité et les contraintes de l'individu. C'est à travers sa connaissance du passé, que l'on peut qualifier de croyance, que l'individu établit des probabilités subjectives sur les états du monde futur. Savage (1954) suggère que l'individu maximise son utilité espérée à partir d'une distribution de probabilités subjectives fondées sur ses croyances (voir le point suivant). Mais le problème que pose cette conception du comportement individuel face à l'incertitude est la qualité de l'information acquise, autrement dit, la méconnaissance de certains faits, l'obsolescence des informations acquises par le passé et l'incapacité de l'individu à établir un lien logique entre l'information entretenue et l'événement prévisible⁹³. L'extension de l'action dans le futur, nécessairement caractérisée par l'incertitude, oblige l'individu à utiliser objectivement les informations détenues. Le rapport objectif qu'il doit avoir par rapport à ses propres estimations est déterminant pour l'action. Keynes parle de « jugement objectif » de la réalité ; lequel jugement est nécessaire à l'individu pour agir en situation d'incertitude (Keynes, 1921, p 83). Ce qui veut dire que l'individu « doit entretenir un degré de croyance *raisonnable* dans des conditions données » (*id.*, p.4).

2.1.2. L'incertitude chez Debreu : la marchandise incertaine

Gérard Debreu (1966) part du constat que les marchandises livrées à des dates différentes ne sont pas identiques. Cette distinction s'inspire de celle effectuée par Hicks (1939) qui consiste à différencier les marchandises selon leur date de livraison. Debreu introduit une différenciation en lien avec la réalisation de l'événement préalablement défini. On peut faire alors une distinction entre deux marchandises identiques qui seront livrées en une même date mais appartenant à deux états de nature différents. L'un est caractérisé par la réalisation d'un événement probable et l'autre par sa non réalisation. L'événement dans ce cas change le contexte de la livraison qui modifie à son tour l'utilité de l'agent, donc de sa valeur.

Debreu considère donc que la marchandise est caractérisée par ses propriétés physiques, le lieu et la date de sa livraison. La marchandise « incertaine » en revanche, est caractérisée par l'événement dont la réalisation conditionne sa livraison (Debreu, 1966, p 106). Selon cet auteur, une marchandise certaine devient incertaine si un événement survient à la date de sa livraison et qui modifiera ses caractéristiques.

⁹² La probabilité subjective est définie comme « la mesure subjective attribuée par le décideur à la vraisemblance d'un événement aléatoire à venir », (Kast, 1993, p 80).

⁹³ Pour Nicolas Postel (1999), une partie de la réalité se dérobe à la rationalité de l'individu même si ce dernier dispose de toute l'information nécessaire. La « partie cachée du réel », selon ses termes, sont à l'origine des limites de la rationalité lorsque l'individu veut étendre son action dans le futur.

L'incertitude se définit alors comme la probabilité d'occurrence d'un événement A connu qui modifiera les caractéristiques de la marchandise certaine à une date t également connue. Cette définition est très subtile car il suffit de caractériser l'événement conditionnel, lui donner une forme tangible et qui peut être observée par les agents, pour que l'incertitude sur cet événement soit intégrée dans les décisions des agents. Par cette méthode, Debreu substitue donc la série d'événements possibles à la chronologie temporelle. En d'autres termes, le temps est substitué par une série d'événements, de sorte que la distinction se rapporte à la réalisation de l'événement et non pas à sa date de réalisation.

2.1.2.1. L'évènement prévisible caractéristique de l'incertitude

De la définition de la marchandise incertaine découle la définition de l'incertitude dans l'analyse de Debreu. Elle est définie comme étant « *un choix que fait la nature sur un nombre fini d'alternatives* » (Debreu op. cit.). Un état de nature donné correspond à une date caractérisée par un événement. Les événements sont connus et répartis sur un intervalle de temps. Puisqu'ils sont donnés en nombre fini, chacun est spécifié pour une date appartenant à l'intervalle du temps dont l'événement est probable. Leur répartition dans un espace temporel nous donne un arbre d'événements associés à des dates correspondant aux nœuds. Cet arbre est l'illustration de tous les états que la nature peut prendre pour toute la période.

Par ce procédé, tous les agents observent de la même manière cette répartition des états futurs, et chacun sait à quel état de nature appartiendra un événement quelconque correspondant à une date donnée. Ce qui revient à dire que la structure des événements est une connaissance commune pour tous les agents. Cette représentation commune du futur permet aux agents d'établir leurs décisions sur des ensembles éclairés. L'arbre des événements est alors assimilable à la structure de valeurs que prennent les marchandises incertaines. Il faut noter que cette présentation n'est pas encore totalement réductrice de l'incertitude. La définition des événements et de leur répartition sur un intervalle temporel peut être une source de conflits autour de la définition de la marchandise incertaine. A ce stade, Debreu introduit une notion qui peut résoudre ce conflit. Il s'agit du « *contrat conditionnel* » qui rapproche les représentations individuelles des états de la nature.

2.1.3. L'extension de l'équilibre général au cas de l'incertain : le marché conditionnel ou contrat conditionnel

Arrow et Debreu proposent d'introduire l'incertitude dans le modèle de l'équilibre général à travers un dispositif assez imaginé. Il s'agit du marché contingent⁹⁴ ou appelé également contrat ou biens contingents. Ce dispositif institutionnel complémentaire au marché, puisqu'il s'agit de compléter le contrat marchand incomplet, permet d'étendre le modèle d'équilibre général au cas de l'incertain.

Le marché conditionnel est un marché d'engagements où le vendeur s'engage à livrer la marchandise incertaine à une date donnée, si et seulement si une situation spécifiée à l'avance se réalise. De son côté, l'acheteur s'engage à payer le prix fixé correspondant. Dans le contrat contingent, les prix et les caractéristiques de la marchandise sont prédéfinis. Cela suppose que les contractants définissent tous les événements possibles susceptibles de modifier une ou plusieurs caractéristiques de la marchandise. L'utilité et le prix sont supposés variables. Mais la valeur de ces changements sont aussi définis par avance selon que l'événement qui est à leur origine se réalise ou non.

L'existence d'un tel marché suppose que les contractants connaissent la nature des événements futurs. Par exemple, un restaurateur et un cultivateur peuvent conclure un contrat conditionnel selon lequel le cultivateur livre une certaine quantité de pommes de terre de variété X à une date donnée si la température pendant l'été ne dépasse pas 25 degrés. Cette façon de prévoir l'avenir et de caractériser la marchandise contingente est une tentative de s'assurer contre le risque. À travers ce dispositif, les contractants peuvent évacuer l'incertitude et procéder à des échanges.

L'implication d'un tel procédé ne se limite pas uniquement à la réalisation de l'échange dans un contexte incertain, mais surtout elle s'étend vers la capacité du marché à réaliser un optimum collectif. Pour Arrow et Debreu, s'il existe un marché conditionnel pour tous les biens et services, pour toutes les éventualités et à tous les moments du futur, alors il existerait un système complet de marchés. Ce qui revient à dire que l'économie est structurée « d'un ensemble de marchés à terme pour toutes les marchandises et pour toutes les périodes futures » (Arrow, 1985). Si cette condition est remplie, on peut démontrer l'existence d'un équilibre général en incertitude. En réalité, le contrat conditionnel est porteur de risques partagés entre les deux contractants ou supportés par un côté seulement. Ces risques sont liés aux modifications des caractéristiques de la marchandise si l'événement prévu se réalise partiellement ou totalement. En effet, les conséquences sur les caractéristiques de la marchandise (donc sur l'utilité) peuvent ne pas être les mêmes que celles prévues dans le contrat. Le contrat conditionnel ne peut régler le problème de

⁹⁴ Le marché contingent est proche de la notion du marché futur proposée par Arrow (1963) et celle de marchandise conditionnelle proposée par (Debreu, 1969).

l'incertitude que s'il définit toutes les facettes de l'évènement et leurs conséquences sur la valeur des marchandises. Si c'est le cas, un contrat d'assurance ou une garantie d'assurance peut être incluse dans le contrat conditionnel pour toute différence entre l'état de nature défini dans le contrat et celui qui se réalisera à la date de livraison. Si le contrat conditionnel intègre toutes les représentations possibles de l'état de nature futur alors l'incertitude se transforme en risque, qu'il est techniquement possible à traiter.

2.1.4. Les limites du modèle : la fiction du marché contingent

Le contrat classique se définit par l'assurance donnée par chacune des parties à respecter ses engagements. Or pour le contrat contingent, ces engagements sont hypothétiques. La présupposée connaissance exacte du futur est à l'origine de la suspicion entre les contractants. Le contrat est capable de caractériser l'avenir qu'à travers les événements connus. Un événement « invraisemblable » peut surgir dans l'avenir et modifier ainsi les caractéristiques de l'objet échangé. Dans ce cas, une partie du contrat peut être amenée à prendre des distances vis-à-vis de ses engagements. Comment éviter cet écueil ? Qui des deux parties du contrat supportera ce risque ? À travers ces questions, c'est la transformation de l'incertitude sur le futur en incertitude sur le comportement (l'aléa moral) qui est mise en lumière.

Quand l'incertitude concerne non pas les caractéristiques de la marchandise mais se rapporte aux comportements des agents, le contrat contingent semble être peu pertinent. Établir un contrat d'assurance contre les événements que le contrat contingent n'a pas prévu peut être très coûteux. Ce transfert de l'incertitude vers l'assurance est problématique dans la mesure où l'objet assuré lui-même est sujet à des manipulations stratégiques. Arrow suggère l'extraction de l'objet assuré du contrôle de l'individu. Mais ceci reste impossible comme il l'affirme :

« malheureusement dans la vie réelle, une telle séparation est rarement complète. L'incendie de sa maison ou de son entreprise peut être un événement largement incontrôlable par une personne, mais la probabilité qu'il survienne est quelque peu influencée par son manque de prudence, l'action délibérée ne pouvant être exclue, même si c'est un cas extrême » (Arrow, 1963, p. 130).

Un autre problème que pose le contrat contingent se rapporte à la formation du prix des marchandises futures. Le mécanisme classique suggère que les prix traduisent le rapport entre l'offre et la demande. Le prix d'une marchandise se forme à travers le tâtonnement walrassien. Sur une période donnée, les agents indiquent à l'inspecteur du marché les quantités qu'ils désirent acheter et offrir. Le prix varie selon ce rapport jusqu'à l'établissement d'un prix d'équilibre où l'offre égalise la demande. C'est uniquement à ce

moment que l'échange s'effectue, autrement dit, au moment où le prix d'équilibre s'est établi. Or, sur les marchés contingents, les quantités offertes et demandées sont fictives. Il s'agit d'engagements à offrir ou à acheter une certaine quantité d'un bien à une date précise. Il n'existe pas de tâtonnement au sens de Walras. On imagine très mal comment les individus peuvent accorder une confiance à des prix fixés sur des engagements hypothétiques et non pas sur des rapports réels. Comme le dit Arrow, « l'information à propos des biens futurs doit inclure leur prix. Ces prix doivent être déterminés sur un marché adapté, sur lequel s'échangent des offres futures et des demandes futures. Malheureusement, de tels marchés n'existent pas » (Arrow, 1974, p 159).

2.2. L'incertitude dans les modèles microéconomiques contemporains

Le problème de l'incertitude est au cœur de l'analyse micro-économique de la décision. Depuis Bernoulli qui a mis en évidence l'utilité espérée des gains (1738) en passant par Ramsey (1926), Von Neumann et Morgenstern (1944), Savage (1945), Allais (1953), Stigler (1961), Spence (1974), Rothschild et Stiglitz (1976), la décision en incertitude est analysée comme un problème de maximisation de la fonction d'utilité en information incomplète. Autrement dit, comment transposer le modèle de décision rationnelle en information parfaite au contexte d'incertitude ? Nous n'allons pas faire ici un historique des travaux consacré à ce problème. Nous exposons seulement les modèles qui nous paraissent comme fondateurs de la théorie de décision dans l'analyse microéconomique contemporaine.

2.2.1. Le modèle de l'utilité espérée (MUE)

On reconnaît à Bernoulli la paternité de ce modèle. A la base du MUE se trouve le paradoxe de Saint-Pétersbourg⁹⁵. En réponse à ce paradoxe, Bernoulli (1738) propose de calculer l'espérance de l'utilité des gains pour comprendre la réticence des individus à participer à une telle loterie. En effet, le joueur compare l'utilité espérée des gains par rapport au prix d'entrée. Par ce calcul, l'utilité marginale des gains

⁹⁵ Le paradoxe de Saint-Pétersbourg est une caractéristique d'un jeu de hasard (une loterie) qui s'énonce comme suit : on lance une pièce à pile ou face aussi longtemps que face apparaît. Le gain d'avoir face est égal à 2^n au $n^{\text{ième}}$ jet. Le problème consiste à calculer le droit de participer au jeu. L'espérance des gains de ce jeu (l'espérance mathématique) est égale à l'infini puisque le nombre de jets n'est pas prédéterminé. Bernoulli constate que la plupart des individus n'acceptaient de payer qu'un prix très faible pour participer à ce jeu bien que l'espérance des gains soit infinie.

décline⁹⁶ au fur et à mesure que le nombre de jets augmente, en raison de l'effet de richesse, certes, mais surtout de l'aversion au risque (Moureau et Rivaud-Danset, 2004).

Ramsey (1931) et, beaucoup plus tard, Von Neumann et Morgenstern (VNM par la suite) ont établi les axiomes du MUE en se basant sur les travaux de Bernoulli. Le MUE explique la décision des individus à opter pour un choix rationnel lorsqu'ils sont dans une situation d'incertitude. Contrairement à la situation de certitude où l'individu maximise son utilité tout en mesurant les conséquences de ses décisions, en situation d'incertitude ces conséquences sont hypothétiques. Le MUE permet d'expliquer la prise de décision dans ces situations en raisonnant sur des loteries plutôt que sur des marchandises et en recourant au concept de l'utilité espérée. L'utilité espérée est un procédé qui maximise une fonction d'utilité associée à une combinaison de loteries. Par loterie, est entendu le choix entre différentes alternatives possibles pondérées des probabilités associées. Elle désigne également une conséquence possible d'une décision, autrement dit un gain contingent (Ibid.).

En effet, pour prendre une décision dans un environnement où les événements sont aléatoires, l'individu ordonne les choix qui se présentent à lui sous forme de lots définis par la probabilité associée à la réalisation de l'événement caractérisant chacun des lots et le gain espéré de sa décision si cet événement se réalise. Chaque loterie contient un certain nombre d'événements et de gains associés. La somme des probabilités de chaque loterie est égale à l'unité. L'utilité de chaque loterie s'exprime alors comme l'espérance mathématique de l'ensemble des conséquences, autrement dit la somme des utilités des conséquences pondérées par leurs probabilités de réalisation (Ibid.). Une fois les loteries ordonnées, la maximisation des utilités espérées consiste à choisir celle dont l'espérance mathématique est la plus élevée.

Une des limites de ce modèle est son incohérence logique dès que l'on intègre la pluralité des préférences. Pour deux consommateurs ayant un même ordre d'utilités pour deux loteries identiques mais avec des gains différemment associés à chaque loterie, l'utilité espérée calculée pour le premier sera différente de celle du second. En réponse, VNM (1944) ont établi une fonction d'utilité continue et bornée permettant d'associer un chiffre réel représentant l'utilité espérée, en termes ordinaux, à partir d'une relation d'ordre, établie sur l'ensemble des loteries (Postel, 2003). La parade est de recourir à une fonction d'utilité affine de type $(a.x + b)$ entre deux loteries équivalentes (axiome de continuité). Ainsi, le respect de trois axiomes⁹⁷ permet la formulation d'un théorème : il existe une fonction d'utilité croissante, définie à une

⁹⁶ Pour rendre compte de la décroissance de l'utilité marginale, Bernoulli propose un calcul par une fonction logarithmique. Il obtient un résultat d'une suite dont la somme est bornée et égale à $\log 4$.

⁹⁷ Trois axiomes sont posés par VNM pour rendre compte d'un choix rationnel de l'individu dans un environnement caractérisé par l'aléa des événements (Kreps, 1990; Laffont, 1991; Kast, 1993). a) *l'axiome de classement* : la complétude du jeu, l'antiréflexivité, la transitivité et l'acyclicité des choix rationnels.

fonction croissante affine près, telle que si un événement est préféré à un autre, son espérance d'utilité est plus forte que l'espérance d'utilité du second (Depret, 2003).

2.2.2. *Le modèle de l'espérance d'utilité subjective*

L'analyse axiomatique du comportement individuel dans le MUE permet de définir comment l'individu rationnel procède à un classement et à une évaluation des stratégies dans un contexte *risqué* où les résultats de ses stratégies sont soumis à des événements extérieurs probabilisables (Meunier, 1995). Le statut des probabilités dans le raisonnement de VNM pose le problème de différenciation entre risque et incertitude. Il est important de préciser que les probabilités associées aux événements sont de type fréquentiste (VNM, 1947, p19). En ce sens, elles sont considérées comme étant des probabilités objectives autrement dit, elles ne sont pas fondées sur des croyances individuelles. Partant de la critique du statut des probabilités dans le MUE, Ramsey (1926), De Fenetti (1937) et Savage (1954) proposent une analyse basée sur des probabilités subjectives.

Ramsey (1926) est, d'après Raiffa (1973), le premier à mettre en avant les probabilités subjectives et leur entrecroisement avec la notion d'utilité dans une analyse opérationnelle de l'action. La probabilité subjective à la Ramsey est l'expression d'un degré subjectif de croyances. Elle doit être combinée à une valeur pour simuler le processus décisionnel (Bronner, 1997, p 43). Pour cela, l'individu a besoin d'ordonner les événements selon leur degré de désirabilité, c'est à dire, selon « *le contentement ou la peine que leur réalisation certaine nous ferait* » (Saint-Sernin, 1973, p 57). Si un individu est face à un choix entre deux options A et B équiprobables, s'il opte pour A, c'est qu'il considère A comme étant plus probable ou plutôt plus désirable que B. Ceci permet d'établir une échelle de désirabilité et détermine ainsi des degrés de croyances (id.)

En se basant sur la théorie des probabilités subjectives de Ramsey, Savage (1954) construit le modèle d'utilité espérée subjective (*subjective expected utility*, SEU par la suite) intégrant le modèle d'utilité espérée de VNM. Pour la commodité de l'exposé, précisons le statut des probabilités dans ce modèle. Pour Savage, la probabilité désigne les croyances que forment les individus (personnelles) lorsqu'ils ont une connaissance imparfaite des probabilités objectives ou lorsqu'ils veulent intégrer une information locale pour prévoir un événement aléatoire (Moureau et Rivaud-Danset, 2004). En d'autres termes, « la

b) *l'axiome de continuité* : l'ordre des événements aléatoires n'a pas d'importance, ce qui veut dire que les préférences sont suffisamment proches les unes des autres pour que l'une d'entre elles puisse être exprimée comme équivalente à une fonction linéaire des deux autres préférences l'encadrant. c) *l'axiome d'indépendance* : si une loterie est préférée à une autre, alors toute combinaison linéaire de cette loterie avec une troisième sera préférée à la combinaison linéaire de la deuxième avec la troisième.

probabilité mesure la confiance qu'un individu particulier a dans la véracité d'une proposition particulière » (Savage, 1972, p3). En ce sens, tout individu peut mesurer l'occurrence d'un événement futur en se basant sur l'information externe qu'il reçoit, sur la confiance qu'il accorde à cette information et sur ses propres connaissances de chaque état du monde probable. Ces connaissances cumulées peuvent être acquises par expérience ou socialement transmises. Les trois éléments (information externe, confiance et connaissances) forment le jugement personnel sur ce que sera l'état futur. Ainsi, lorsque les croyances de l'individu sur les états futurs sont constituées, il pourra alors envisager les actions qui lui paraissent les plus rationnelles.

Savage explique le comportement rationnel par la notion de *préférences conditionnelles*. Le fait de préférer une action par rapport à une autre est dictée par les conséquences de chacune dans les états du monde donné. Si l'individu choisit une proposition A plutôt que B, c'est parce qu'il croit qu'un événement C se réalisera et si c'est le cas, la satisfaction que procure A est nécessairement supérieure à celle de B. Ainsi donc, la préférence de A est conditionnée par la réalisation de l'événement C. Cela suppose que l'individu soit capable de mesurer avec exactitude les conséquences de chaque action dans tous les états de nature possibles. Suivant ce raisonnement, le préordre des préférences de l'individu renseigne sur la distribution de ses probabilités subjectives⁹⁸. En effet, l'individu doit produire deux relations d'ordre cohérentes : un ordre de préférences pour l'ensemble des états du monde possibles et un ordre de préférence pour l'ensemble des actes possibles. Ces deux ordres doivent être à la fois indépendants et cohérents. Dans ce cas, on peut définir une fonction d'utilité qui agrège les deux préordres et exprime directement un jugement en termes d'utilité espérée (Postel, 2003).

2.2.3. Les limites du modèle de l'espérance d'utilité subjective

L'une des limites du modèle SEU consiste à résoudre l'incertitude par la croyance. Dans certains cas, l'individu se trouve dans des situations où il est incapable de révéler sa probabilité subjective concernant un état du monde donné. Autrement dit, l'individu est incapable de former une croyance sur un état de nature futur. Même si on est toujours capable d'attribuer une probabilité subjective à un événement donné, cela ne veut pas dire qu'on est toujours disposé à baser notre décision sur cette évaluation. Cette

⁹⁸ Si l'action A est préférée à B, c'est parce que le degré de croyance de l'individu pour l'événement C (dont l'action A est plus rationnelle que B) est plus fort sur le degré de croyance pour l'événement D, E ou F. Ce qui implique qu'étant donné deux actions A et B, si A est préférée à B dans le cas de certitude, alors dans le cas d'incertitude l'événement C est plus souhaitable par rapport à D, à E ou à F.

situation est fréquente lorsque l'on est confronté au problème de confiance vis-à-vis de nos propres jugements personnels comme le soulignait Keynes⁹⁹.

L'autre critique adressée au SEU concerne l'axiome d'indépendance des préférences, selon lequel les préférences pour les conséquences sont indépendantes des croyances sur les états de natures. Autrement dit, le résultat d'une action ne doit pas être influencé par ce que croit l'individu à propos du futur. Comme le fait remarquer Arrow, « *le principe des préférences conditionnelles certifie que l'ordonnement ne dépend que des conséquences des actes dans les états du monde non exclus par l'information disponible* », (Arrow, 1971). Ce découpage entre les croyances et les conséquences de l'action est nécessaire pour la cohérence logique du modèle. Or, il existerait chez chaque individu, à des niveaux divers d'investissement du subconscient, un degré de subjectivité construit indissociablement de ses préférences pour une action donnée. Autrement dit, un degré de croyance associé inconsciemment aux préférences sur les conséquences de nos actions. C'est la critique principale adressée par les philosophes non cartésiens du xx^e siècle¹⁰⁰ (Rivaud-Danset, 2004).

⁹⁹ Keynes (1964) a souligné ce problème en précisant que « l'état de nos prévisions de long terme, sur lesquelles nos décisions sont basées, ne dépend pas uniquement de la prévision la plus probable que nous pouvons faire. Il dépend également de la confiance que nous accordons à cette prévision, du degré de vraisemblance que nous attachons à la possibilité de voir notre meilleure prévision confirmée par les faits » (Keynes, 1964, P.148).

¹⁰⁰ Le découpage préférence/croyance est assimilé au découpage cartésien sujet/environnement (Moureau et Rivaud-Danset, 2004).

3. LES MÉCANISMES SURMONTANT L'INCERTITUDE

Dans la littérature économique, on distingue deux types de mécanismes réducteurs de l'incertitude : les mécanismes du marché et les mécanismes institutionnels ou conventionnels. Les premiers regroupent tous les dispositifs fondés sur la rationalité substantielle de l'individu. Les contrats d'agence, les contrats contingents ou les modèles de signaux font partie de ces dispositifs. Les seconds par contre, font appel à une rationalité procédurale ou opérationnelle. Il s'agit principalement des règles institutionnelles et des conventions.

3.1. Les mécanismes du marché : les signaux et la différenciation par la qualité

3.1.1. La relation d'agence

Un contrat est un accord, écrit ou non, par lequel des agents se fixent des obligations réciproques concernant les actions que chacune des parties doit entreprendre (Brousseau, 1995, p. 58). Lorsque les relations de confiance sont réduites, le contrat peut se présenter comme un dispositif qui conduit les agents à surmonter leurs incertitudes vis-à-vis du comportement des autres échangistes. Mais le contrat est-il suffisant pour garantir l'efficacité économique ? Cela dépend du poids de l'incertitude dans l'échange et de la finalité adossée au contrat. Dans les situations d'asymétries d'information, les intérêts économiques sont interdépendants. En effet, une partie du contrat peut tirer une « rente » résultant de l'avantage informationnel et qui peut influencer directement l'utilité de l'autre partie. Dans ce cas, l'échange peut toujours être mutuellement bénéfique mais la partie désavantagée par l'information subit une désutilité par rapport à la situation d'information parfaite. Il s'agit d'une situation d'inefficacité au sens économique. Le contrat d'échange doit être alors rédigé sous une forme permettant de réduire ces asymétries informationnelles. Autrement dit, révéler l'information cachée ou le comportement caché qui conduit à éliminer la rente informationnelle.

Cette forme de contrat est appelé le contrat d'agence. C'est un mécanisme réducteur de ces asymétries informationnelles et conduisant à l'efficacité. La définition la plus classique d'une relation d'agence est donnée par Jensen et Meckling, dans un article de 1976 : une relation d'agence est un contrat par lequel une ou plusieurs personnes (le principal) engagent une autre personne (l'agent) pour exécuter en son nom une tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir de décision à l'agent. Les deux auteurs précisent que cette relation est ancrée dans un contexte de contraintes institutionnelles et informationnelles. Dès lors, cette relation peut être caractérisée par des comportements stratégiques. La relation d'agence explique comment un individu (le principal) conçoit un système de rémunération qui

incite un autre individu (l'agent) à agir dans l'intérêt du principal (Brousseau, 1993). Une autre définition est donnée par Ross selon laquelle la relation d'agence est une relation où l'agent (le mandataire) agit pour un autre individu appelé le principal (le mandant) à la demande de celui-ci ou comme son représentant dans un domaine décisionnel particulier (Ross, 1973). Cette relation recouvre en fait toute relation entre deux individus telle que la situation de l'un dépende de l'action de l'autre.

Les schémas incitatifs du contrat d'agence

Le contrat d'agence est un ensemble de dispositifs incitatifs. Quand l'objectif du contrat consiste à réduire l'aléa moral, le contrat est doté d'un schéma incitatif à l'effort. Le Principal recherche à introduire l'agent dans une relation de maximisation des résultats de l'action mandatée : améliorer la productivité de l'agent, la qualité du service demandé, réduire les délais de livraison, etc. Quand l'objectif du contrat d'agence vise à réduire la sélection adverse, on parle d'un contrat d'agence faiblement incitatif à l'effort.

Le modèle canonique du contrat d'agence

Le contrat porte sur la réalisation par l'agent d'une action à la demande du principal. L'action a un coût que le principal, ne peut qu'estimer vaguement. Il ignore si l'agent est disposé à fournir l'effort nécessaire pour réaliser l'action dans les meilleures conditions. Il s'agit donc du problème d'aléa moral ou de comportement caché. De même, le principal ignore la structure des coûts de l'agent et sa technologie. L'agent a tout intérêt à cacher ces informations afin de négocier le contrat à son avantage (sélection adverse).

- Le risque moral : il porte sur les variables endogènes de l'agent que le principal n'est pas en mesure d'observer. Ces variables sont communément désignées par le terme « d'effort » qui résume l'ensemble des actions discrétionnaires qui conditionnent l'efficacité de l'agent (effort du manager, capacité à mobiliser le personnel, volonté à augmenter l'effort,...)
- La sélection adverse : lorsque l'agent dispose de plus d'informations par rapport au principal sur des variables exogènes lui permettant de retirer une rente du contrat. Ces variables peuvent être un avantage informationnel sur la demande, sur les prix du marché, les contraintes technologiques, la structure des coûts, etc.

La forme la plus générale de contrat incitatif consiste à payer une fraction des coûts du producteur et à lui octroyer un paiement forfaitaire (Laffont et Tirole, 1993). Le principal rembourse à l'agent une partie ou la totalité du coût (noté c) de l'action avec un forfait (noté a) correspondant au bénéfice de l'agent. Si le principal supporte la totalité du coût, alors le montant du transfert (noté T) qu'il effectue pour l'agent (ou le revenu de ce dernier) est : $T = a + c$. En revanche si l'agent doit supporter une partie du coût, alors :

$$T = a + (1-b)c \quad (1) \quad \text{avec } 0 < b < 1$$

b étant la part du coût que supporte l'agent est un paramètre prédéterminé par la négociation. Il en résulte que $(1-b)$ est la fraction du coût remboursé par le principal. Plus la valeur de b tend vers zéro, plus la participation du principal dans le coût de l'opération est grande et celle de l'agent petite. b incarne donc le « pouvoir » du contrat linéaire incitatif, encore appelé « contrat incitatif » lorsque la pente du tarif linéaire est strictement comprise entre 0 et 1.

L'incitation à l'effort augmente en fonction de la valeur de b . Quand le principal veut inciter l'agent à augmenter son effort, il attribue à b une valeur proche de 1. Dans ce cas, l'agent est incité à minimiser ses coûts tout en s'assurant de s'attribuer les économies de coût ainsi réalisées. Le transfert monétaire net (noté t) du prestataire vers l'agent correspond au revenu net de ce dernier, autrement dit, le bénéfice de l'agent. Le transfert monétaire net à l'agent s'écrit :

$$t = (a - b c) \quad (2)$$

De (1) et (2) nous pouvons écrire : $T = t + c \quad (3)$

L'équation n° 3 désigne le coût total de l'action pour le principal et le chiffre d'affaires pour l'agent.

La participation financière de l'agent (la valeur de b) détermine en fait son niveau d'effort. Si ce dernier accepte un b élevé, donc de s'impliquer financièrement sans le projet, cela renseigne sur sa capacité à améliorer son effort et inversement. S'il accepte un b de valeur faible cela peut être interprété comme une aversion pour le risque financier. On peut isoler deux contrats polaires dont l'objectif est différent selon la valeur de b :

Le contrat à prix fixe (fixed price) : $b=1$

Formellement, le contrat à prix fixe est un contrat où l'agent doit supporter la totalité de ses coûts et le principal ne rembourse que le forfait fixe a . Pour réaliser un profit, l'agent doit réduire ses coûts de sorte que le coût réel soit inférieur au coût remboursé par le principal. Dans le cas contraire, il assume seul une perte. Ce type de contrat est donc incitatif à l'effort. Ce type de contrat est généralement utilisé lorsque les spécifications de l'action (coût, prix de marché, technologie, etc.) sont bien définies alors que l'incertitude concerne le comportement de l'agent. En ce sens, c'est un contrat dont l'objectif est de limiter le comportement opportuniste de l'agent.

Le contrat à coût remboursé ou à coût complet (cost-plus) : $b=0$

Formellement, le principal paye à l'agent le coût total réalisé plus un forfait fixe ($T = a + c$). Ce type de contrat est optimal lorsque le principal vise à réduire l'anti-sélection, autrement dit extraire de la rente informationnelle. En effet, quand l'agent choisit dans une famille de contrats celui dont $b=0$, cela voudrait dire qu'il ne souhaite pas partager le risque financier avec le principal et accepte le forfait fixé comme bénéfice net. Pour le principal, cette information est pertinente. Pour lui, cela veut dire que le coût du contrat accepté par l'agent est le plus proche de la structure des coûts de l'agent. Dans ce cas, si l'échange est répétitif, l'avantage informationnel de l'agent disparaît quasiment puisque le principal peut désormais avoir une idée sur ses caractéristiques, notamment la structure de ses coûts.

Ces dispositifs plus ou moins incitatifs sont proposés à l'agent selon que le principal supporte l'aléa moral ou la sélection adverse. La participation financière de l'agent au coût de l'opération est au cœur de la négociation entre les deux parties. La relation d'agence permet donc de négocier un contrat qui permet de satisfaire les deux parties.

3.1.2. Les contrats contingents de Rothschild et Stiglitz

Ce type de contrat proposé par Rothschild et Stiglitz (1976) en analysant les comportements des assurés, consiste à réduire la sélection adverse subie par les assureurs. Ces derniers ignorent les caractéristiques des assurés, autrement dit leur niveau effectif du risque assuré. Par contre, les individus connaissent parfaitement leur propre probabilité de subir un dommage. Lorsqu'un assureur fixe une prime d'assurance

en se référant au risque médian du marché, il sélectionne de fait les « mauvais » assurés. En effet, à un niveau médian de risque qui correspond à un montant de la prime d'assurance, les individus de faible risque ne voudront pas s'assurer à une prime estimée supérieure au risque qu'ils présentent. En revanche, les individus présentant un risque supérieur au risque médian seront intéressés par la prime. Par conséquent, la majorité des clients de l'assureur sont des individus à risque élevé, ce qui augmente le risque médian de l'ensemble des clients. L'assureur révisé alors la prime à la hausse ce qui entraîne la fuite des individus de faible risque.

Ce phénomène est de même type que celui qui caractérise le marché de voiture d'occasions décrit par George Akerlof (1970). Afin d'éviter ce problème de sélection adverse, Rothschild et Stiglitz proposent de différencier les individus en fonction de leur risque. L'assureur ne doit pas proposer un contrat unique à l'ensemble des assurés mais un contrat adapté aux caractéristiques de chaque individu. Cela suppose que l'assureur catégorise les risques et situe chaque client dans une catégorie donnée. Mais le problème subsistera toujours puisque le client peut toujours cacher son véritable risque. L'assureur ne peut pas donc classer ses clients selon les catégories de risque. Rothschild et Stiglitz proposent un contrat contingent aux assurés. Autrement dit, un contrat où l'effort à la prévention soit contingent au contrat d'assurance. L'assuré choisit lui-même le contrat le plus adapté au risque réel qu'il présente et à son degré de prévention. Deux types de contrats peuvent donc être proposés : un contrat caractérisé par une franchise élevée et une faible prime, et un autre contrat contenant une faible franchise et une prime élevée. Les individus, en choisissant le premier ou le second type de contrat, révèlent ainsi par leur choix leur appartenance à une catégorie de risque. Les individus à faible risque opteront pour le premier type de contrat et les individus à risque élevé opteront pour le second type de contrat.

3.1.3. La différenciation qualitative : les modèles de signaux de qualité

Contrairement à la contractualisation de l'échange, donc la contractualisation des engagements, d'autres mécanismes peuvent apporter des solutions à l'incertitude. Il s'agit des outils de signalement de la qualité par le marché. Le modèle de Spence (1973) est sans doute celui qui illustre le mieux l'apport des signes de qualité à la réduction de l'incertitude. D'autres modèles tel que le modèle de concurrence par réputation montrent l'importance des rapports de confiance entre la clientèle et l'entreprise lorsque le poids de l'incertitude qualitative est élevé. La réputation et la confiance permettent d'entretenir la compétitivité qualitative des produits. La publicité et les garanties sont des outils de signalement de la qualité de nature différente. Si la garantie nécessite la présence d'un tiers, la réputation par contre se détache de cette contrainte. En ce qui concerne la publicité, la différence avec la réputation et la confiance consiste en la matérialité de l'information sur la qualité qu'elle véhicule.

3.1.3.1. Le modèle de Spence (1973)

Comme nous l'avons noté plus haut, l'incertitude sur la qualité réduit la fonction de coordination des prix. Dans ce cas, les prix cessent d'être des signaux de qualité à cause du peu de crédit que leur accordent les agents. Les vendeurs doivent donc inventer d'autres signaux pour limiter l'incertitude. En partant de cette limite, les modèles de signaux proposent une alternative aux prix. C'est cette alternative qui nous intéresse ici surtout quand on sait que le prix unique dans l'aide à domicile aux personnes âgées empêche les différenciations qualitatives des prestataires. L'alternative au mécanisme des prix proposée par les modèles de signaux est donc importante pour appréhender la coordination sur ce marché.

Pour Spence (op.cit.), le diplôme est un signal de qualité sur le marché de travail. Il ne révèle pas seulement les compétences techniques de l'employé mais aussi, et c'est en cela que ce signal de qualité est important, révèle la capacité productive de l'employé. En effet, l'employeur est toujours confronté à l'incertitude sur le niveau du rendement réel des candidats au recrutement. Pour limiter la sélection adverse, l'employeur dispose de signaux et d'indices qui lui permettent de choisir ses futurs employés. Les signaux résultent des décisions des individus alors que les indices sont des caractéristiques apparentes (culture, sexe, âge, etc.). Les signaux sont des caractéristiques endogènes dans le sens où l'individu peut les modifier tandis que les indices sont exogènes car ils échappent à la manipulation de l'individu. En termes généraux, les signaux désignent la capacité des individus à se former, la facilité et le coût à obtenir un diplôme. Dans le modèle de Spence, le diplôme n'est pas considéré comme une capacité productive de l'employé mais un pur signal indiquant cette capacité.

Les personnes qui ont un diplôme élevé sont ceux qui ont investi dans la formation et donc susceptibles de présenter des capacités « naturelles » à améliorer leur productivité. Ces signaux permettent de développer des croyances sur la compétence réelle des employés et de fixer les salaires. Une fois l'embauche effectuée, l'employeur met à l'épreuve ses nouvelles recrues ce qui lui permet d'observer leur productivité réelle. Ce processus d'expérimentation conduit l'employeur à réajuster ses croyances et le niveau des rémunérations fixées. Le lien entre la productivité, le niveau d'éducation et la rémunération est donc établi d'une manière subjective mais reste fondé sur l'expérience. Ce processus d'apprentissage bayésien permet donc à l'employeur de réactualiser en permanence ce lien lors de ses campagnes de recrutement suivantes.

Le modèle de Spence repose sur une hypothèse principale : les signaux sont plus coûteux à produire pour les employés peu compétents que pour les employés compétents. Il en résulte que les mécanismes du marché peuvent discriminer correctement entre les deux types d'employés. En effet, le réajustement des croyances des employeurs à propos de la valeur signal de l'éducation s'accompagne par un autre mouvement d'adaptation des employés à ces croyances. À cause des coûts de signalement des qualités

élevées, les individus faiblement compétents se limitent à un investissement minimal dans ces signaux. Inversement, les individus compétents vont investir dans l'éducation adhérant ainsi à la croyance des employeurs selon laquelle la rémunération est positivement corrélée avec ces signaux. Ce double mouvement étant perpétuel, les croyances des employeurs et le comportement des employés s'auto-renforcent. À l'équilibre, les croyances des employeurs se confirment : les informations disponibles au moment du recrutement permettent effectivement de connaître la valeur des travailleurs. Ainsi, les caractéristiques des futurs employés sont révélées *ex ante* permettant aux employeurs de fixer les rémunérations sans subir la sélection adverse.

La démarche adoptée par Spence comporte une dimension conventionnelle à travers la place qu'il accorde aux croyances. L'adhésion des individus à ces croyances et à leur pouvoir de discrimination sur le marché de travail et leur mécanisme auto-renforçant font d'elles des *prophéties* auto-réalisatrices au sens d'André Orléan. Dans le modèle de Spence, ces croyances sont développées par les employeurs en fonction de leurs propres estimations sur la productivité des employés. Ces croyances sont alors confrontées à la réalité et réajustées. Par ailleurs, ce modèle accorde une faible importance au coût du signal. En effet, il suppose que les individus partent avec une même dotation financière. Or, la productivité intrinsèque d'un individu ayant interrompu ses études pour cause de coût du diplôme n'est pas forcément faible. Ses capacités à acquérir les techniques, une fois embauché, peuvent être aussi importantes que celles de l'individu ayant mené à terme ses études.

3.1.3.2. La réputation : différenciation qualitative et croyances

Les modèles de concurrence par réputation montrent un autre fonctionnement du marché, différent de celui du marché classique. Si dans le modèle classique la concurrence se fait entre des produits anonymes, l'introduction de la réputation met à mal cette hypothèse. Dans ces modèles, les entreprises ne produisent pas pour le marché comme le laissait supposer la théorie néoclassique mais produisent pour des clients bien ciblés. La personnalisation des liens d'échange entre les clients et les entreprises est une inflexion théorique majeure de l'économie orthodoxe. Mais comme nous allons le voir, cette inflexion ne remet pas en cause les postulats fondateurs de la théorie néoclassique des marchés. Au contraire, elle lui apporte un complément méthodologique majeur.

La réputation peut être définie comme la valeur de « bonne volonté » (*goodwill value*) attribuée à une firme (Shapiro, 1983, p. 659). Cette valeur est attribuée par les consommateurs, autrement dit, par le marché. Elle se matérialise par la fidélité des consommateurs aux produits de la firme en question. La réputation se traduit ainsi, par la disponibilité des clients fidèles à payer un prix plus élevé si la firme augmente la qualité de ses produits. La valeur de la réputation se construit avec la durée et à travers des expériences. Plus la firme augmente sa capacité à maintenir un niveau de qualité élevé, plus la valeur de

sa réputation est élevée. En ce sens, la réputation ne recouvre pas seulement l'honnêteté des firmes mais aussi les compétences techniques et humaines dont elles disposent et qui leur permettent d'adapter la qualité à l'évolution des exigences de leurs clients. La reconnaissance des efforts et des compétences de la firme par le marché se fait à travers les échanges répétés comme le note Hawtrey (1926, p. 39). L'expérimentation est donc importante dans ces modèles de réputation. Milgrom et Roberts (1997) vont dans le même sens lorsqu'ils affirment que la réputation est « l'idée que se fait un individu (ou une organisation) d'un autre individu (ou d'une autre organisation) à partir d'évènements qui se sont produits par le passé, tout particulièrement lorsque le but est de prévoir de futurs comportements » (Milgrom et Roberts, 1997, p. 793).

La réputation ne s'accorde pas seulement aux caractéristiques intrinsèques des produits. Elle peut être aussi bien valorisée ou dévalorisée par l'avis des tiers. Les clients fidèles à une marque par exemple soumettent en permanence la qualité des produits à l'évaluation. Ils l'évaluent à travers leurs propres expérimentations des ces produits mais également en s'intéressant à l'évaluation des autres. Comme le souligne Dupuy (1989), la réputation d'une entreprise est aussi déterminée par ce que pensent les tiers (Dupuy, 1989, p. 385), autrement dit, par ce que les autres pensent des produits de l'entreprise et des produits concurrentiels. L'avis des tiers est donc important dans la construction de la réputation. En ce sens, ce n'est pas uniquement les clients fidèles qui construisent la réputation sur la qualité des firmes, mais cela peut être l'œuvre d'un nombre plus élevé de consommateurs et de tiers.

Lorsque le marché accorde une bonne réputation à une firme, celle-ci bénéficie d'un capital réputationnel. En considérant que cet « actif » est un acquis définitif, la firme peut être amenée à diminuer la qualité de ses produits pour des raisons de coût par exemple. Selon Shapiro, ce comportement est très risqué pour la firme. En effet, la construction de la réputation peut être vue comme un jeu répétitif. La possibilité d'expérimenter les produits est une menace dont disposent les clients. Si la firme ne tient pas ses engagements de qualité (dans la première partie du jeu), les consommateurs peuvent sanctionner la firme lors de la deuxième partie du jeu. Ils utilisent la qualité passée comme une référence leur permettant de comparer les qualités présentes et futures. Les clients peuvent sanctionner la firme en cessant d'acheter ses produits si sa qualité a baissé. En présence de cette menace crédible, la firme est contrainte donc de maintenir ses engagements de qualité. Ceci est vrai seulement s'il existe une prime de qualité. Selon Shapiro, la firme est incitée à élever sa qualité si les bénéfices d'un tel engagement se traduisent par l'augmentation du profit dans le futur (Shapiro, 1983, p. 659). Cet auteur note deux conditions nécessaires pour que la réputation permette de lever l'incertitude qualitative *ex post* : d'abord, les échanges doivent s'inscrire dans une relation durable (la réputation doit être sanctionnée par le renouvellement des achats).

Ensuite, le coût de l'investissement sur la réputation doit être inférieur au bénéfice futur espéré¹⁰¹. Si ces conditions sont réunies, la réputation est capable d'engager un processus auto-renforçant de la qualité : les consommateurs savent que leur menace de sanctionner dans le futur la firme qui s'écartere de ses engagements incite celles-ci à s'y tenir. Les firmes prennent au sérieux cette menace et savent que la sanction peut être coûteuse. Par conséquent, les firmes respectent leurs engagements. Cette relation entre la firme et ses clients peut être analysée sous forme d'un jeu stratégique. La stratégie de la firme correspond à maintenir ou pas le niveau de qualité de ses produits, et celle des clients est de rester fidèle à la firme si elle maintient le niveau de qualité ou de la sanctionner dans le cas inverse. Le processus auto-renforçant de la qualité peut conduire à un équilibre optimal caractérisé par la combinaison qualité des marchandises et fidélité des clients à condition que la menace soit crédible et que ce mécanisme auto-renforçant de la qualité soit une connaissance commune (Shapiro, 1983, p. 663).

Ce modèle de réputation conduit donc à un équilibre où les acheteurs sont satisfaits de la qualité achetée et les vendeurs de leurs bénéfices présents et futurs. Cependant les conditions d'achats répétitifs (horizon infini) mettent à mal ce modèle. Il existe des situations où l'horizon des échanges est fini. En ce sens, la menace de sanction est inefficace. Kreps (1990) aborde cette question à partir d'un jeu à deux séquences. Dans la première séquence, la firme offre un produit de qualité et triche dans la deuxième séquence. Les gains de la malhonnêteté sont supérieurs aux gains de l'honnêteté dans ce cas. Une autre limite de ce modèle concerne les biens de croyance¹⁰². La réputation peut être inefficace comme mécanisme incitatif à l'honnêteté dans la mesure où les consommateurs ne peuvent pas juger la qualité de ces biens ni avant ni après l'échange (Lupton, 2002, p. 55).

3.1.3.3.. La publicité : un outil pour se différencier qualitativement

Longtemps, la publicité a été l'objet de débat au sujet de son utilité et de son objectivité, parfois diabolisée et parfois encensée. Kaldor (1950) soutenait l'idée selon laquelle la publicité est manipulative en biaisant la perception de la qualité des biens des consommateurs, puisqu'elle informe non pas sur les caractéristiques intrinsèques du produit mais sur la marque (Lupton, op.cit.). Dans le même ordre d'idée, Galbraith (1969) considère que la publicité n'est pas informative mais persuasive. Son rôle ne consiste pas à signaler les caractéristiques du produit mais à persuader les consommateurs d'acheter le produit. La publicité est un outil stratégique des firmes comme tous les autres procédés à leur disposition pour

¹⁰¹ Pour Tirole (1993), la condition pour laquelle la firme respecte ses engagements sur la qualité que sous-tend l'investissement sur la réputation, est le fait que le coût associé à la perte des ventes futures dépasse le profit présent réalisé suite à la baisse de la qualité.

¹⁰² Les biens de croyances sont définis par le coût prohibitif de l'information sur leur qualité (Darby et Karni, 1973). La qualité de ces biens est difficile à connaître même après l'achat du bien. L'exemple des produits contenant des substances chimiques est illustratif. Il faut être un expert pour savoir si ces produits, même après les avoir consommés, sont de bonne ou de mauvaise qualité.

construire leur image. Souvent, elle n'offre pas une information objective sur la qualité des biens ou des entreprises.

Contrairement à ces deux auteurs, un certain nombre d'économistes, à l'image de Nelson (1970, 1974, 1975), Telser (1964) et Demsetz (1976), défendent l'utilité de la publicité comme signal de la qualité ou des caractéristiques du produit. Pour Nelson, la publicité peut être un signal pertinent de la qualité pour une catégorie de produits : les produits de qualité élevée ou les produits « d'expérience » par opposition aux produits de « recherche ». En effet, le rôle de la publicité consiste à drainer une consommation potentielle pour un produit de qualité. Lorsque les consommateurs expérimentent le produit dont la qualité est signalée par la publicité et s'aperçoivent que la qualité correspond à leurs désirs, ils sont susceptibles de renouveler leur consommation. En ce sens, la publicité cherche à impulser une consommation répétitive. L'hypothèse centrale de l'analyse de Nelson consiste donc en l'honnêteté du signal envoyé par la firme à travers la publicité. La firme qui vend un produit de qualité n'a pas intérêt à mentir sur les caractéristiques du produit parce qu'elle sait que les consommateurs renouvellent leur confiance sous réserve d'une expérimentation satisfaisante. D'où le qualificatif de produits de recherche (ou de *search*). La publicité peut donc amener à dépasser les incertitudes qualitatives pour ce type de produits. Mais la question qui reste posée est de savoir si la firme maintient la qualité de ses produits une fois qu'elle s'assure d'une clientèle fidèle.

Le lien entre la qualité et le signal est mis en évidence par de nombreux travaux. Kihlstrom et Riordan (1984) ont montré cette corrélation. Le modèle expérimenté en deux périodes consiste à distinguer deux types de firmes produisant le même produit : celles dont la qualité est élevée et d'autres de qualité inférieure. Les firmes de qualité supérieure sont incitées à signaler leur différenciation qualitative par la publicité. Ces auteurs concluent à une corrélation positive entre le niveau de qualité et l'intensité de la publicité dans la seconde période. Mais ces résultats ne sont pas validés empiriquement selon Riley (2001). Il existerait un grand nombre d'entreprises qui utilisent intensivement la publicité sans pour autant que leurs produits soient de qualité élevée. De leur côté, Mizuno et Odagiri (1990) soulignent le fait que la publicité informative puisse induire en erreur les consommateurs (cité par Lupton, 2002, p. 51). L'idée est que les consommateurs ont une capacité d'apprentissage variable. Ceux qui ont une lente capacité d'apprentissage ne vont pas s'apercevoir de la baisse de la qualité du produit. Ainsi, une publicité intensive peut entraîner une demande importante et régulière pour la firme malgré la dégradation de la qualité de ses produits. On revient alors au schéma de sélection adverse où, à travers la publicité, les firmes de qualité médiocre chassent les firmes de bonne qualité.

3.1.3.4. La garantie comme signal de la qualité

La garantie peut être considérée à la fois comme un dispositif pour signaler les caractéristiques du produit offert, donc limiter la sélection adverse, mais aussi comme un moyen pour garantir la qualité du produit, donc réduire l'aléa moral. En ce sens, on peut le qualifier comme un signal de qualité (Spence, 1977 ; Heal, 1977 ; Grossman, 1981 et Gal-Or, 1989) mais également une assurance contre le risque de défaillance du produit. La garantie peut recouvrir des situations risquées variables suivant la durée de la validité du produit, son usage, la nature des défaillances, les responsabilités couvertes par le vendeur, etc. Pour que le signal de qualité émis soit pertinent, le coût de la garantie doit être positivement corrélé avec la probabilité de défaillance du produit. Plus la probabilité de défaillance du produit est élevée, plus la durée de la garantie est longue et son extension est large. Cependant, l'efficacité de la garantie comme signal de la qualité dépend de l'interprétation que font les acheteurs de ces éléments. Objectivement, la garantie a pour rôle de réduire l'incertitude sur la qualité. Or, l'interprétation de la garantie peut être « perverse ». Quand le producteur fournit une garantie généreuse, le consommateur a tendance à surestimer le risque de défaillance. Comme le mentionne Spence (1977), les offreurs adoptent des comportements opportunistes en offrant des garanties à faible prix et à faible coût pour des produits à risque élevé. Mais cette relation n'est pas systémique. Ireland (1995) soutient que la qualité de la garantie n'est pas nécessairement liée à la qualité du produit : un produit de bonne qualité peut être garanti pour une longue période et inversement, un produit de faible qualité peut être garanti sur une période relativement courte. Selon cet auteur, il existe d'une manière générale « un niveau standard de garantie, peut-être une garantie d'un an pour une panne, quelle que soit la probabilité de défaillance » (Ireland, 1995, p. 196).

Les limites de la garantie peuvent également provenir du comportement des acheteurs postérieurement à l'accord. En effet, à l'instar du contrat d'assurance, le contrat de garantie présente des risques de l'aléa moral. Comme le constatent Cooper et Ross (1985), le vendeur peut profiter de l'ignorance des acheteurs à propos des caractéristiques du produit pour proposer des garanties minimalistes. Mais inversement, les acheteurs peuvent causer volontairement des dommages au produit acheté pour profiter de la garantie, surtout si celle-ci est de bonne qualité. Le vendeur doit donc trouver une garantie d'équilibre qui à la fois ne développe pas un mouvement de défiance des acheteurs vis-à-vis de son produit et un comportement d'opportunisme post-contrat. Cooper et Rosse démontrent l'existence d'un équilibre de second rang avec une garantie partielle pour que chaque agent (acheteur et vendeur) soit incité à empêcher la défaillance du produit (Ireland, 1995, p. 197, cité par Lupton 2002, p. 53).

3.2. Les dispositifs conventionnels et institutionnels

Il existe d'autres mécanismes réducteurs de l'incertitude différents des mécanismes du marché que représentent les contrats et les modèles de signaux. Il s'agit des institutions et des conventions. En présence d'incertitude, les institutions permettent de simplifier le contexte de l'action. Les agents s'appuient sur ces institutions pour conduire leur décision. De même, les conventions de qualité servent parfois de repères communs sur lesquels les individus fondent leurs décisions économiques.

3.2.1. Les institutions selon Williamson

En critiquant le modèle des contrats complets, Williamson met en relief l'importance des organisations comme cadre institutionnel de l'action en incertitude. Rappelons que le modèle d'Arrow et Debreu (1954) suppose que les individus peuvent caractériser tous les états futurs possibles. Ce qui permet aux agents de signer des contrats complets qui intègrent l'incertitude. Pour Williamson, une telle supposition est illusoire à cause de la rationalité limitée des agents : « En raison de la rationalité limitée, tous les contrats complexes sont inévitablement incomplets » (Williamson, 1990, p.12). En outre, l'interprétation que l'on fait des termes du contrat est souvent divergente, notamment quand ceux-ci sont mal définis, ce qui favorise l'émergence des comportements opportunistes selon Williamson. D'où la nécessité de recourir à certains garde-fous pour amener les agents à respecter leurs engagements. Il rejoint ainsi certains auteurs à propos de l'apport des garanties et des cautions dans l'allègement de la complexité de l'échange en incertitude (Williamson, 1983). Mais, pour que ces dispositifs soient efficaces, leur respect doit être assuré par une autorité indépendante.

L'incertitude dont parle Williamson dépasse largement celle qui se rapporte aux aléas de la nature. Il s'agit pour lui d'une incertitude stratégique qu'il qualifie d'incertitude comportementale. Cette incertitude renforcée par la rationalité limitée des agents se traduit par un coût élevé de la transaction. La tentative d'illustrer par un contrat complet tous les états futurs afin de dépasser cette situation complexe, ce qui est proposé par Arrow et Debreu (1954), nécessite des dispositifs supplémentaires, juridiques ou économiques. Une garantie ou une clause spécifique au contrat font partie de ces dispositifs. Par ailleurs, ces derniers ont un coût. Le contrat complet est donc coûteux et parfois complexe. De plus, s'agissant des actions futures à entreprendre, un contrat purement marchand ne lève pas totalement l'incertitude sur la crédibilité des engagements dans la mesure où il peut contenir des zones d'ombre.

Pour Williamson, les institutions permettent de rendre les engagements crédibles. C'est à juste titre que l'organisation considérée comme un ensemble de règles peut être une solution plus efficace par rapport au marché pour résoudre le problème des contrats incomplets. On peut citer l'exemple du contrat de travail

que l'on sait incomplet dans la mesure où l'employeur est incertain sur les caractéristiques du salarié et de son comportement. L'entreprise vue comme une organisation hiérarchique impose, par son autorité, le respect des règles qui la structurent. L'accord entre l'employeur et l'employé ne porte pas sur des actions détaillées du travail mais sur l'acceptation de l'autorité et des règles de l'entreprise. Ceci suppose donc que l'employé se tienne à respecter les directives de l'employeur. Même dans les situations les plus complexes où les responsabilités ne sont pas clairement définies *a priori*, l'incertitude sur le comportement du salarié est vite levée dès lors que l'autorité n'est pas remise en question. Des mécanismes complémentaires peuvent y être introduits pour stimuler l'efficacité de l'organisation. Des stimuli financiers peuvent être envisagés pour limiter les comportements opportunistes des salariés. Aussi, les spécialisations internes, au-delà de l'amélioration de la productivité, jouent un rôle important dans le traitement de l'information technique et de sa circulation. En résumé, pour Williamson, les organisations et les contrats incomplets sont plus efficaces par rapport au marché et aux contrats complets pour réduire le poids de l'incertitude (Moureau et Rivaud-Danset, p. 79). Cette idée est proche de celle développée par les économistes des conventions comme Eymard-Duvernay pour qui « les organisations sont les supports de cadres relationnels qui permettent le développement des contrats incomplets » (Eymard-Duvernay, 2004, p. 346).

3.2.2. La réglementation de la qualité

Les règles de qualité sont parfois indispensables au bon fonctionnement des marchés. Au-delà même de leur rôle de régulateur de la qualité, elles aident à l'organisation et au développement du marché. Coase (1988) souligne à juste titre que le bon fonctionnement du marché repose sur l'existence d'une réglementation stricte sur la nature du bien échangé et sur l'identité des participants à l'échange. Comme nous l'avons expliqué précédemment, les asymétries informationnelles sont susceptibles de développer des comportements opportunistes de la part des vendeurs. Les marchandises de basse qualité vendues comme marchandises de bonne qualité à des prix élevés affectent négativement l'utilité des consommateurs et parfois même, pour certaines marchandises, cela peut mettre leur santé en danger (Lupton. op.cit. p. 57). Les règles de qualité sont donc indispensables surtout en présence d'asymétries informationnelles (Noll, 1989). Elles permettent d'augmenter la confiance des consommateurs vis-à-vis des produits ou des services qu'ils achètent, et surtout, elles contribuent à organiser une concurrence loyale entre les firmes.

L'origine de la règle est donc la présence d'incertitude sur la qualité. Celle-ci ne se définit pas seulement par l'information imparfaite mais aussi à travers la capacité des individus à exploiter l'information sur la qualité et à leur insuffisante expérience sur les marchandises en question. En effet, même si l'information existe et est accessible à tous, son utilisation et sa compréhension peuvent varier d'un individu à un autre

selon leur niveau de connaissance ou d'expérimentation du bien considéré. La règle de qualité garantit la disponibilité de cette information mais surtout, par sa simple existence, elle relègue au second plan la difficulté d'interprétation et de compréhension de l'information. C'est le cas des règles « préventives » qu'on retrouve dans les domaines où l'enjeu de santé publique est important. Les normes ou les certifications sont également des règles qui simplifient la complexité de l'information. La finalité de ces règles est de garantir un niveau de qualité prédéterminé et de construire un capital de confiance aux firmes qui les adoptent.

L'efficacité des règles repose sur leur degré de crédibilité. La confiance des individus vis-à-vis des marchandises réglementées dépend de la confiance que ces individus accordent à la règle elle-même. Ce degré de confiance dépend de la capacité à faire respecter la règle. La mission de contrôle et d'évaluation de la qualité est généralement conduite par un tiers qui peut être une instance publique (instances de régulations) ou privée (organisme de certification). Le degré de crédibilité de ce tiers dépend de son *indépendance* vis-à-vis des entreprises contrôlées et des moyens dont il dispose pour effectuer cette mission. Dans l'aide à domicile, l'agrément qualité et la norme NF service sont deux règles de qualité dont le contrôle est assuré par une autorité publique pour l'agrément et une organisation professionnelle indépendante pour la norme.

La réglementation de la qualité est analysée sous l'angle des standards minimaux de qualité (Leland, 1979 ; Ronnen, 1991, cités par Lupton, 2002). Pour Leland et Ronnen, l'instance de réglementation impose aux firmes un niveau de qualité minimal. Les consommateurs ont donc une garantie selon laquelle les biens ou les services homologués sont d'un niveau de qualité qui ne peut pas être inférieur au niveau minimal fixé. Cette garantie tient au fait que le régulateur contrôle les qualités, prévoit et applique des sanctions en cas de manquement à la règle. Il érige celle-ci en une barrière à l'entrée sur le marché, ce qui renforce la confiance des consommateurs. C'est justement le cas dans les services d'aide à domicile aux personnes âgées dont l'agrément est à la fois une garantie de qualité et une barrière à l'entrée sur ce marché.

Certains économistes soulignent des cas où la règle ne constitue pas une réponse efficace à l'incertitude. La règle peut être détournée ou manipulée par des groupes d'intérêts à travers leurs pressions sur l'instance de régulation ou par connivence (Stigler, 1971 ; Posner, 1974 et Peltzman, 1976). Ces groupes d'influence peuvent être des groupes de producteurs ou de consommateurs. La finalité de la « capture » de l'instance de régulation par un groupe d'influence consiste à infléchir ses missions en faveur du groupe. Autrement dit, conduire l'instance de régulation à agir pour l'intérêt du groupe et non pas pour l'intérêt collectif. Les labels de qualité créés par des organisations contrôlées par un groupe d'entreprises sont des règles de qualité qui avantagent d'abord ces dernières. En effet, il se peut que les entreprises qui contrôlent ces labels définissent un cahier des charges moins onéreux que ce qu'il devait être. En ce sens,

la qualité garantie par ces labels serait inférieure à celle que garantit un label contrôlé par des tiers indépendants.

La crédibilité et l'autonomie des tiers sont donc essentielles à l'efficacité des règles de qualité. Pour Noll (1989), le respect des exigences de qualité d'une règle dépend de trois facteurs : 1) le degré de conflit d'intérêts entre l'agent régulé et l'instance de régulation ; 2) les coûts et précisions des méthodes de contrôle des agents ; 3) le pouvoir des mécanismes de contrôle du régulateur à inciter le régulé à se conformer aux règles (Noll, 1989, p. 1263). L'impartialité du régulateur, les moyens mis à sa disposition pour le contrôle et l'applicabilité des sanctions sont des indices révélant la crédibilité vis-à-vis des producteurs mais également vis-à-vis des consommateurs.

3.2.3. Les conventions : un cadre commun de l'action

Nous préférons employer le terme d'objet conventionnel au terme convention dans la mesure où le premier regroupe, d'une part les conventions et les règles implicites et d'autre part, les relations de confiance, les croyances et la réputation.

3.2.3.1. Définition de la convention

On attribue l'introduction de la notion de conventions dans l'analyse économique au théoricien des jeux Thomas Schelling et au philosophe David Kellogg Lewis. Les deux auteurs démontrent que dans les situations complexes caractérisées par des anticipations « spéculaires », les individus sont capables de se coordonner efficacement s'ils arrivent à mettre en avant des conventions. Pour Lewis (1969), la régularité du comportement conventionnel, défini par une convention préétablie, permet de stabiliser les anticipations sur le comportement des autres. C'est dans ce sens que Salais et Storper (1993) définissent la convention comme étant un système d'attentes réciproques concernant les comportements des autres. De son côté, Orléan définit la convention comme une procédure de coordination des anticipations par le jeu des représentations collectives (Orléan, 1989, p. 160).

Pour une meilleure compréhension des contours de la convention, nous retenons la définition détaillée de D. Lewis (1969). Pour cet auteur, une convention est une régularité R dans le comportement des membres d'une population P, placée dans une situation récurrente S, si les six conditions suivantes sont satisfaites :

- 1) Chacun se conforme à R ;
- 2) Chacun croit que les autres se conforme à R ;
- 3) Cette croyance que les autres se conforment à R donne à chacun une raison décisive de se conformer lui-même à R ;

- 4) Chacun préfère une conformité générale à R plutôt qu'une conformité légèrement moindre que générale ;
- 5) R n'est pas la seule régularité possible pour satisfaire les deux dernières conditions
- 6) Les états de fait qui apparaissent dans les conditions (1) à (5) sont *connaissance commune*¹⁰³.

La condition 5 signifie que les individus peuvent choisir une régularité parmi un ensemble de régularités. Dupuy (1989) souligne le fait qu'il y a un certain arbitraire à se conformer à R.

Cette définition suggère que les individus sont capables de produire des conventions permettant de définir un cadre commun pour leurs actions. Aussi, il existe une pluralité de conventions. Les individus doivent alors en choisir une parmi les autres. Une fois le choix établi, la convention s'impose comme règle commune. Elle permet de dissiper le doute sur la conformité des uns et des autres à propos du comportement à suivre. Il s'agit de construire un cadre de référence commun qui permet de guider les actions de chacun (Salais, 2004, p 401). En ce sens, la convention apparaît comme une solution effective à l'incertitude.

3.2.3.2. *La convention de qualité*

Notre objet d'analyse se rapporte à l'incertitude qualitative et ses extensions en termes d'incertitudes comportementales. Nous nous intéressons donc plus précisément à l'apport de la théorie des conventions sur ces thèmes.

À la différence de l'approche standard, l'économie des conventions considère que les individus se mettent d'accord sur les termes de l'échange avant même le déroulement de l'échange. Ceci sous-entend qu'il y ait un accord préalable à l'échange, autrement dit, une convention constitutive qui définit les caractéristiques de la marchandise ainsi que son prix. Si l'équilibre walrassien est possible c'est justement parce que les caractéristiques des marchandises sont préalablement définies et que cette définition est connaissance commune (Orléan, 1991). L'*hypothèse de nomenclature* que sous-tend le modèle walrassien est réellement une construction conventionnelle des marchandises. Sans cette convention, l'échange ne pourrait y avoir lieu.

Dans les situations où l'incertitude touche les caractéristiques du produit échangé, les qualités de ce produit sont déterminées au cours de l'échange et non préalablement à l'échange (Eymard-Duvernay, 2004, p. 346). Cela requiert une interaction dynamique et permanente entre les individus pendant le

¹⁰³ Pour Dupuy, « une proposition P est connaissance commune si 1) elle est vraie ; 2) elle est connue de chacun ; 3) chacun sait que les autres la connaissent ; 4) chacun sait que chacun sait que les autres la connaissent, etc. jusqu'à l'infini » (Dupuy, 1989, p. 366).

déroulement de l'échange. En ce sens, la qualité des produits est socialement construite par un commun accord entre les acteurs de l'échange. Cette activité de définition et de construction de la qualité au cours de l'échange permet donc aux individus de dépasser leurs incertitudes. Toute l'approche conventionnelle de l'incertitude se résume dans la citation suivante :

« Surmonter l'incertitude passe par la construction conventionnelle des produits, des services et des anticipations qui sont les supports de l'échange marchand et de l'activité productive des entreprises. La notion de convention permet de caractériser ce moment de construction commune. Elle suggère que cette construction conventionnelle est une activité individuelle et collective permanente, intégrée à l'action elle-même » (Eymard-Duvernay et al., 2004).

On peut donc résumer la convention de qualité comme étant un accord commun où sont définies les règles à adopter pour construire le produit. L'accord sur la qualité est constitué dans le cadre d'un « réseau d'acteurs ouvert » selon Eymard-Duvernay (1995). Autrement dit, de nouveaux participants à l'échange peuvent pénétrer le réseau et apporter avec eux leurs attentes et leurs exigences. Toujours selon cet auteur, les acteurs constituant le réseau sont hétérogènes dans le sens où leurs intérêts sont divergents. Du fait de l'hétérogénéité du réseau et de son ouverture vers d'autres acteurs, le consensus autour de la qualité, qui est l'origine de l'accord commun, peut être remis en cause ultérieurement. Cette propriété signifie la pluralité des conventions de qualité. Le choix d'une convention est dicté par le rapport de force entre les intérêts divergents et la nature de l'échange. La négociation autour du référentiel de qualité est donc l'objet de controverse entre les acteurs, ce qui donne le caractère mouvant de la qualité (Eymard-Duvernay, 1995, op.cit.).

3.2.3.3. L'évaluation de la qualité et la pluralité des conventions de qualité

Lorsque l'échange se porte sur des biens dont la qualité est insuffisamment définie, les individus tentent dès le début et au cours de l'échange à s'entendre sur le contenu du produit échangé. Cet accord sur la qualité est établi suivant une discussion sur la définition de la qualité et les modalités de son évaluation. L'entente sur ces deux aspects de l'échange est une forme de coordination différente à la coordination par les prix. Même si les prix ne sont pas totalement exclus de la discussion, ils ne constituent pas pour autant la principale variable d'ajustement. Leur formation intervient après l'accord sur la qualité.

Eymard-Duvernay distingue trois modes différents de définition et d'évaluation de la qualité. En se référant aux formes de coordination analysées par Boltanski et Thévenot (1987), il retient la coordination dans le monde marchand, la coordination en référence à des standards (monde industriel) et enfin, la coordination réfère à des principes domestiques. Dans chaque monde (marchand, industriel et domestique) caractérisé par une forme de coordination, il est établi un système d'équivalence entre les

biens. Ces équivalences permettent justement l'entendement sur la qualité des biens échangés. Elles reposent sur les principes qui gouvernent la coordination dans chaque monde. Une fois admises, ces équivalences s'imposent comme des conventions de qualité. Pour une meilleure compréhension, nous exposons les trois conventions génériques propres à chaque forme de coordination.

3.2.3.3.1. La coordination marchande

Lorsque le marché d'un bien est parfaitement constitué, les prix traduisent la qualité du bien conformément aux jugements des individus. Le prix d'équilibre, déterminé par la confrontation entre l'offre et la demande, peut être considéré dans ce cas comme étant un accord général tacite sur la qualité du bien tel qu'évaluée par l'ensemble des individus. Le marché a donc cette capacité à « résoudre le problème du passage d'évaluations personnelles à une évaluation générale, sur laquelle tout le monde s'accorde pour échanger » (Eymard-Duvernay, 1989, p. 335).

Le prix d'un bien x peut évoluer si la demande adressée à ce bien évolue ou si l'offre concurrente du bien y évolue. En ce sens, la qualité du bien x est en constante modification en fonction de l'évolution de la concurrence sur le marché. Ainsi, le prix d'équilibre que représente la convention de qualité du bien x est rattaché à une situation donnée du marché ; laquelle est caractérisée par la concurrence et la rareté. Cette convention de qualité est donc instable dans la mesure où les prix constituent le seul enregistrement général de la qualité. L'évolution des prix caractérise cette instabilité de la convention de qualité.

3.2.3.3.2. La coordination industrielle

Dans le monde industriel, les principes d'efficacité sont les soubassements des compromis. La standardisation des produits est l'une de ces formes de recherche d'efficacité. Par exemple, le régime fordien est un compromis général fondé à la fois sur la standardisation et la consommation de masse. L'intérêt de stabiliser la qualité des biens à travers sa standardisation est de garantir une production en série et une consommation de masse. Mais cela suppose que la qualité standard soit en parfaite adéquation avec les goûts et les préférences des consommateurs. En général, les modèles de production en série ne sont efficaces que dans les situations de monopole. La fluctuation des prix et l'évolution des préférences des consommateurs perturbent l'harmonie de ces modèles. Ces modèles ne tolèrent donc pas l'introduction des principes marchands. Leur stabilité dépend donc de la solidité de la convention de qualité des biens standards, autrement dit de la convention industrielle.

La qualité des biens standards, selon la démarche d'Eymard-Duvernay est directement liée aux contraintes techniques. Garantir que la qualité des biens offerts ne s'écarte pas de la norme standard suppose l'investissement sur des équipements techniques. Il s'agit d'une contrainte technique qui

renseigne sur la capacité de la firme à garantir le niveau de qualité standard. La viabilité des infrastructures techniques est donc directement liée à la qualité standard. Ces « investissements de forme » selon l'expression de Thévenot (1989) est une tentative d'objectivation de la qualité. Ils sont interprétés par les acheteurs comme un gage de qualité des produits de la firme.

Cette forme de coordination à travers la qualité standard trouve son équivalence dans les pratiques professionnelles sur le marché du travail. La qualité du travail d'un salarié, exprimée à travers son effort et son efficacité, peut être définie en référence aux contraintes techniques de la firme. Le salaire se trouve déterminé en retrait par rapport aux principes marchands notamment dans les activités manufacturières. Il est généralement fixé dans le cadre d'un accord collectif sur les conditions de l'emploi qui est lui même un compromis construit en référence à un ensemble de contraintes économiques et industrielles de l'entreprise ou de la branche.

3.2.3.3.3. La coordination domestique : le cas des biens personnalisés

L'entreprise peut être définie comme un ensemble de relations professionnelles entre des individus liés par une même contrainte technique. Elle peut également être vue comme un ensemble de « contrats internes » et de transactions différentes. En ce sens, les liens personnels intégrés dans les relations professionnelles ou s'émancipant vis-à-vis d'elles, peuvent conduire à une évaluation de la qualité en référence à ces liens. Eymard-Duvernay parle d'un mode de coordination « qui repose sur des liens personnels de proximité et la fidélité temporelle des relations » (1989, p. 345).

Le chef d'entreprise est souvent la personne sur laquelle repose l'objectivation de la qualité des produits de son entreprise. Il incarne la fidélité à une certaine conception de la qualité. Il est à la fois le vecteur d'un certain nombre de « valeurs » qui définissent le produit et le garant des « traditions » de fabrication des produits. Les opérations de fabrication qui sont issues de ces valeurs et des traditions constituent donc ce qui est la marque. La qualité des produits s'identifie donc à la marque. La fidélité dans la fabrication du produit, autrement dit la pérennisation de la marque, nécessite une intégration élevée des salariés dans l'entreprise. Ils doivent reproduire les biens, voir les tâches que chacun exécute, à l'identique. Le rôle des relations de proximité entre les salariés et le chef d'entreprise est important dans le transfert des savoir-faire, donc pour la continuité de la marque. Les liens interpersonnels permettent la transmission des connaissances qui garantit l'originalité des produits de marque.

Pour les consommateurs, la qualité renvoie aux origines du produit. Le jugement sur la qualité se fait à travers le jugement sur une série de liens de filiation : le domaine agricole pour les produits viticoles, le territoire pour certains produits agro-alimentaires, le nom de famille qui soutient la marque, les noms communs, etc. La qualité du produit de marque est reliée à la série de produits appartenant à une origine

commune (Eymard-Duvernay, 1988). La convention de qualité de ces produits est ainsi construite sur la base de jugements domestiques au sens de l'économie de la grandeur. Comme d'ailleurs le souligne Thévenot (1989), « le jugement domestique repose sur le rapprochement des êtres par contiguïté à partir d'une souche originelle ». En ce sens, le jugement se fonde sur un rapport de confiance entre les individus. Plus les liens entre les individus sont forts, plus la confiance est solide et plus la convention de qualité définie par rapport à ces liens est durable. Thévenot précise que la confiance gouverne cette forme de coordination domestique.

3.2.3.3.4. Dynamique des conventions de qualité et hypothèse de connaissance commune

Selon qu'on se place dans un mode de coordination ou dans un autre, la convention qui émerge définit les paramètres de la qualité. L'accord sur ces paramètres permet à la convention de coordonner les échanges jusqu'au moment où elle est justement remise en cause. La qualité définie par la convention est mouvante, elle fait l'objet de controverses comme le précise Eymard-Duvernay (1985). Une autre convention sera adoptée sur la base du nouveau compromis entre les agents. On note également la confrontation des conventions de qualité. On peut mentionner ici les tensions sur les appellations d'origine des produits alimentaires lors de la négociation européenne sur la politique d'harmonisation des signes de qualité en 1992 (Lupton, 2002.). Les instances européennes favorisent le libre jeu de la concurrence qui, selon ces instances, permet de garantir un niveau élevé de la qualité (convention de qualité marchande). De leur côté, les autorités françaises défendaient la nécessité d'un signe de qualité, fondé sur l'appellation d'origine, que l'on peut définir comme une convention de qualité domestique (Lupton, op.cit.).

Les conventions de qualité permettent de s'accorder sur le référentiel de qualités. Leur pluralité montre une pluralité des modes d'interprétation de la qualité. Les conventions de qualités peuvent être définies comme des modes d'interprétation commune de la qualité en s'accordant sur leur référentiel. Il s'agit donc d'une grammaire qui permet l'interprétation claire du contenu et des caractéristiques des biens. Les tensions sur cette interprétation conduisent généralement à des compromis négociés, autrement dit, à des accords tacites ou explicites. La convention doit être capable d'établir une hiérarchie des qualités accessible à tous les agents : « suivant la convention adoptée, les acteurs seront plus ou moins classés » (Eymard-Duvernay, cité par Orléan 2004, p. 36). Cette grille de lecture et de classification des qualités permet de guider les actions des consommateurs en assouplissant leurs incertitudes. Or, l'accès à cette grille d'interprétation peut-il être généralisé à tous les individus et à toutes les situations ? Ce qui revient à se demander si la convention de qualité est connaissance commune (Common Knowledge, CK par la suite). Ceci semble irréalisable sauf si on reconnaît l'existence d'un dispositif intégrant tous les individus y compris les situations dans lesquelles ils se trouvent. L'hypothèse de CK sur le référentiel des qualités,

comme dans la définition de Lewis, peut être remise en cause. Les principaux auteurs de l'analyse économique des conventions semblent se détacher de cette hypothèse (Orléan, 2004, p. 66). Jean-Pierre Dupuy résume la critique de cette hypothèse en ces termes : lorsque les interactions entre les individus est en nombre fini, toute situation de connaissance à plusieurs « marque un certain degré d'opacité, un certain déficit de réflexivité » (Dupuy, 1989, p. 366). Ce qui veut dire que dans ces situations un doute s'installe sur la conformité des individus vis-à-vis de la convention adoptée.

Suite à Dupuy (1989), Sperber et Wilson (1986), l'hypothèse de CK fut remplacée par le concept de *mutual manifestness* : ce que l'agent sait c'est aussi ce qu'il peut savoir, et tenir pour vrai. Dans cette thèse, en ce qui concerne les conventions dans l'aide à domicile, nous adhérons à ce changement conceptuel. Cependant, nous considérons que la convention de qualité est un guide d'action fondé sur des repères collectifs partagés par un certain nombre d'individus. Ces repères sont sélectionnés parmi un ensemble de critères. Les critères qui obtiennent le suffrage le plus important constituent les fondements de la convention de qualité. Les mouvements d'entrée et sortie des individus sur le marché de l'aide à domicile alimente en permanence les tensions sur la définition du référentiel des qualités. Nous précisons également l'importance des réseaux sociaux, au sens de Lucien Karpik (1989), dans la sélection des critères, donc de la convention. Ces réseaux sont à la fois l'espace de la construction sociale de la qualité et une source informationnelle que les prestataires convoitent pour s'informer des attentes et des exigences des usagers. Ils s'en servent pour adapter qualitativement leurs services et pour signaler leur différenciation qualitative.

4. LES MODÈLES D'AKERLOF (1970) ET D'ORLÉAN (1991) : INDIFFÉRENCIATION QUALITATIVE ET ÉMERGENCE DES CONVENTION DE QUALITÉ

Le modèle de différenciation qualitative d'André Orléan (1991) ouvre une perspective d'analyse intéressante sur les questions du fonctionnement du marché en incertitude. L'analyse est située dans la logique walrassienne du marché, c'est à dire, un marché fonctionnant selon la logique verticale de prise de décision structurée par le commissaire priseur. Les individus sont preneurs de prix et la rareté, qui s'exprime dans les relations de concurrence, conduit à un équilibre. L'introduction de l'incertitude qualitative perturbe ce type de fonctionnement puisque les prix peinent à médiatiser les rapports entre les quantités offertes et demandées. La qualité des biens est un autre déterminant de l'équilibre. L'hypothèse sur laquelle est fondée la logique walrassienne est justement le compromis sur la définition des produits. Ce compromis rend insignifiants les questionnements sur la qualité. L'incertitude sur la qualité vient remettre en cause cette hypothèse et se traduit par le blocage de l'échange, comme le démontre George Akerlof (1970) dans son article sur l'incertitude qualitative et les mécanismes du marché des voitures d'occasion.

Puisque l'incertitude est comprise comme un manque de définition des produits, il suffit alors d'introduire une différenciation qualitative pour permettre au marché de fonctionner en respectant la logique walrassienne. C'est ce que tente de démontrer Orléan (1991) en modifiant la structure des biens dans le modèle d'Akerlof. Dans ces conditions, le marché peut fonctionner sans l'intervention d'une institution externe. Néanmoins, une condition est nécessaire pour arriver à ce résultat. Les acteurs doivent produire des outils qui leur permettent de définir le contenu des biens échangés, faute de quoi, l'incertitude qualitative bloque l'échange comme dans le modèle d'Akerlof. Quels sont ces outils ? Orléan (op.cit.) démontre l'existence de l'échange en incertitude si on introduit une qualité de référence permettant aux offreurs de se positionner par rapport à elle. Nous allons voir comment cette référence est définie et quels sont les enjeux qui entourent sa définition.

Nous exposons d'abord dans un premier point les principales conclusions du modèle d'Akerlof et dans un second point, les développements théoriques apportés par Orléan à ce modèle. Notre objectif est de voir dans quelle mesure ce modèle de différenciation peut expliquer le fonctionnement du marché de l'aide à domicile.

4.1. Le modèle de George Akerlof (1970) : l'indifférenciation qualitative et la sélection adverse

Dans son article « *The market for Lemons : Quality uncertainty and the market mechanisms* » (1970), George Akerlof met en évidence le phénomène de sélection adverse (*adverse selection*). Ce phénomène étudié dans le cadre des relations entre les offreurs et les acheteurs des voitures d'occasion est à l'origine du rétrécissement du marché, voire de sa disparition. La sélection adverse désigne une situation où les vendeurs connaissent parfaitement la qualité de leurs marchandises offertes (les voitures dans le cadre du modèle), alors que les acheteurs sont supposés incapables d'observer cette qualité. Il existe donc une asymétrie informationnelle subie par les acheteurs. Ces derniers sont supposés incapables d'acquérir l'information sur la qualité réelle des voitures offertes dans la mesure où leurs caractéristiques ne sont pas observables. Ainsi, les acheteurs achètent les voitures sans pouvoir comparer leur qualité. Dans ce marché, le prix est unique quelle que soit la qualité des voitures. Le prix est donc la seule variable observable par les acheteurs. En revanche, contrairement au modèle walrassien, la demande dépend négativement des prix et positivement de la qualité. Étant donné que le prix est la seule variable observable, les acheteurs estiment la qualité à travers cette variable. Il s'ensuit que la qualité évolue positivement avec les prix modifiant ainsi profondément la logique walrassienne. La baisse des prix ne signifie pas systématiquement une hausse de la demande puisque cela suppose que la qualité baisse aussi. La baisse de la qualité exerce un effet dépressif sur la demande. L'évolution de la demande dépend donc du rapport entre l'effet prix et l'effet qualité. Cette relation entre la qualité et le prix unique des voitures se traduit par une anti-sélection puisque la mauvaise qualité chasse la bonne qualité. Pour comprendre ce mécanisme, nous exposons les principaux éléments du modèle d'Akerlof.

Le marché est composé de deux groupes d'agents : un groupe de vendeurs (groupe 1) et un groupe d'acheteurs (groupe 2). La fonction d'utilité des vendeurs s'écrit comme suit :

$$U_1 = M + \sum_{i=1}^n x_i$$

M représente l'utilité des biens autres que les voitures, x_i la qualité de la $i^{\text{ème}}$ voiture et n le nombre de voitures. Trois hypothèses sont à retenir :

- Les vendeurs possèdent N voitures dont la qualité est uniformément distribuée sur le segment $[0, 2]$;
- Le prix des autres biens (M) est égal à 1 ;
- Étant donné l'information imparfaite, les agents maximisent leur utilité espérée.

Les vendeurs sont prêts à offrir leurs voitures lorsque la qualité $x < p$, où p est le prix du marché. Conformément à l'hypothèse de distribution uniforme des qualités (hypothèse1) la qualité moyenne (notée u) des voitures offertes lorsque le prix vaut p est : $u(p) = p/2$. Cette équation définit la corrélation entre la qualité moyenne et le prix du marché. Elle représente une inflexion fondamentale de la logique walrassienne du marché : la demande n'est plus seulement une fonction des prix mais dépend également de la qualité désormais variable selon l'évolution des prix, comme le montre l'équation suivante :

$$D = D(p, u) \quad \text{avec} \quad D'_p < 0, \quad D'_u > 0 \quad \text{et} \quad u'(p) > 0$$

La baisse des prix ne se traduit pas nécessairement par une augmentation de la demande. La baisse des prix entraîne une baisse de la qualité moyenne u , qui peut entraîner la demande vers la baisse si son effet est supérieur à l'effet direct des prix.

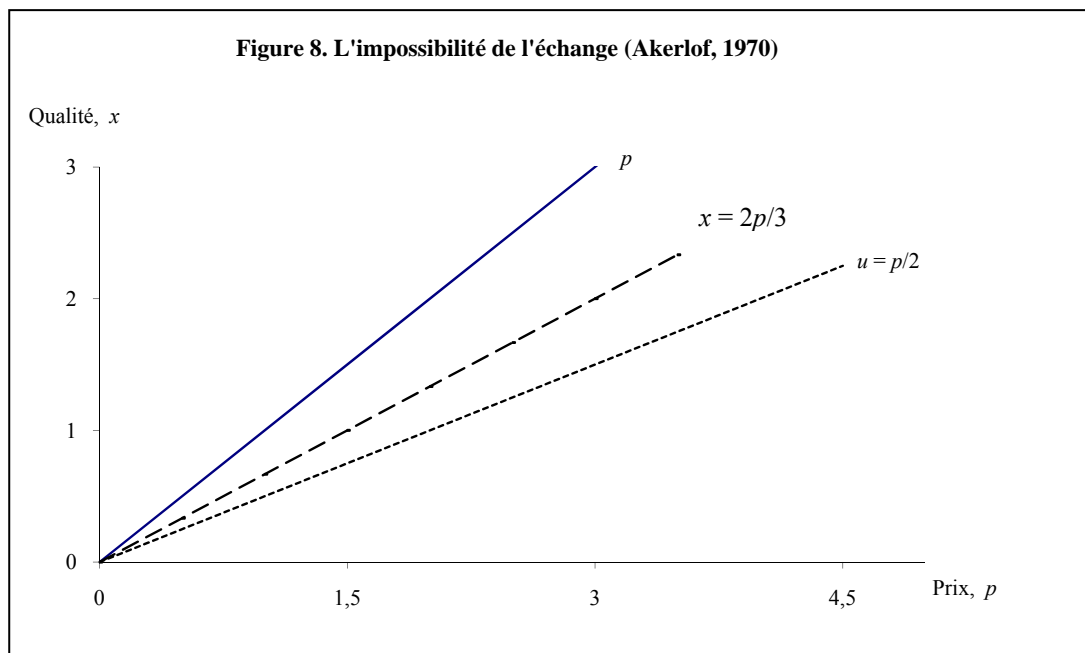
L'utilité des acheteurs s'écrit sous cette forme :

$$U_2 = M + \frac{3}{2} \sum_{i=1}^n x_i$$

Selon cette fonction, les acheteurs sont prêts à acheter toutes les voitures dont le prix $p \leq 3x/2$. Autrement dit, toutes les voitures offertes dont la qualité $x < p/2/3$ trouveront des acquéreurs. De leur côté, les vendeurs sont prêts à offrir les voitures dont la qualité est inférieure à p . Dans ces conditions, l'espace des échanges possibles correspond à l'intervalle des qualités $[2p/3 ; p]$.

Par ailleurs, en présence d'incertitude qualitative cet échange est impossible. Étant donné que les acheteurs ne connaissent pas la qualité réelle des voitures, ils vont l'*estimer rationnellement* à partir du prix du marché. La qualité estimée est : $E(x/p) = u = p/2$. Il en résulte que, quel que soit le prix, la qualité des voitures telle qu'estimée par les acheteurs est inférieure à la qualité effective offerte sur le marché. En effet, $u (u = p/2)$ est inférieure à $x (x = 2p/3)$. La qualité moyenne estimée par les acheteurs se trouve donc à l'extérieur de l'espace des possibilités d'échange.

Comment interpréter ces résultats ? En fait, les acheteurs ignorent la qualité x effectivement offerte sur le marché. En recourant à une anticipation rationnelle consistant à utiliser la qualité moyenne comme indicateur de qualité, ils sous-estiment la qualité réelle. Leur demande sera alors nulle puisqu'ils « croient » que la qualité moyenne des voitures offertes est inférieure à la qualité qu'ils espèrent acquérir. La figure n°8 montre l'impossibilité de l'échange selon le mécanisme décrit par le modèle.



Source : adapté de Lupton, 2002

L'espace entre la courbe des prix p et celle de la qualité $x = 2p/3$, est un marché possible. Or, en présence d'incertitude, la courbe de la qualité moyenne espérée ($u = p/2$) est inférieure à la qualité effectivement offerte sur le marché. Elle se trouve à l'extérieur de l'espace du marché possible. Les asymétries informationnelles conduisent les acheteurs à utiliser la qualité moyenne comme seul indicateur de la qualité. Il en résulte que la qualité moyenne estimée est inférieure à la qualité réellement offerte empêchant ainsi la possibilité de l'échange.

Le lien entre le prix et la qualité et surtout le rôle que jouent les prix dans la formation des croyances des agents à propos de la qualité est analysé par Stiglitz (1987). Dans son article « *The causes and consequences of the dependence of quality on price* » (1987), Stiglitz montre qu'en présence d'asymétries informationnelles dans un marché où les biens sont hétérogènes, la variation des prix ne signifie pas nécessairement la variation des qualités offertes sur le marché. Comme il le précise, « compte tenu de l'incertitude qualitative, les agents forment des anticipations rationnelles sur ce qui est offert sur le marché ; le prix peut servir de signal mais aussi de masque » (Stiglitz, 1987, p. 2). Les agents construisent leurs croyances à propos de la qualité en interprétant le prix. Si les prix baissent, pour les agents cela correspond à la détérioration de la qualité. Or, la baisse du prix peut simplement résulter des mécanismes traditionnels tels que les économies d'échelle ou la croissance de la productivité. Cette corrélation entre les croyances sur la qualité et le prix influence le fonctionnement du marché. Stiglitz illustre ce fait par l'exemple sur le marché du travail: « si la firme croit que les travailleurs qui offrent leurs services à un salaire plus bas sont moins productifs, elle n'emploiera pas les bas salaires » (Stiglitz, 1987, p. 5). Ce

comportement rationnel des demandeurs vis-à-vis de la qualité va influencer le comportement des offreurs. En intégrant le rôle des prix dans la formation des croyances des demandeurs et l'impact de celles-ci dans l'évolution de la demande, les offreurs adoptent eux aussi des comportements rationnels et opportunistes. En effet, ils savent que s'ils baissent les prix, les demandeurs vont interpréter cette baisse comme une détérioration de la qualité, ce qui entraîne un mouvement de défiance vis-à-vis de l'offre. De ce fait, même en situation où la demande est faible, les offreurs maintiennent leur prix à un niveau élevé. Dans ce cas, l'efficacité parétienne de l'équilibre qui se forme sur le marché se trouve amoindrie par ce type de comportement.

L'incertitude qualitative et les anticipations rationnelles sous-jacentes conduisent au rétrécissement du marché, voire sa disparition selon le modèle d'Akerlof. Le modèle de Stiglitz quant à lui, nous montre que même si le marché ne disparaît pas, l'équilibre construit dans les conditions mentionnées est un équilibre sous-optimal. Ces deux auteurs démontrent ainsi l'incapacité du marché à gérer l'incertitude. Pour permettre l'échange, il faut accompagner les mécanismes des prix par d'autres dispositifs. Parmi ces derniers, Akerlof mentionne le rôle des certifications, des garanties ou des signaux de qualité tel que les labels et les marques (Akerlof, 1970, p. 500). La confiance est également un dispositif qui peut être réducteur de l'incertitude qualitative : *« nous avons discuté de modèles économiques dans lesquels la confiance est importante. Les garanties non écrites et informelles sont des pré-conditions à l'échange et à la production »* (Akerlof, id.).

4.2. Le modèle d'Orléan 1991 : la différenciation des qualités et les conventions

Le modèle d'Akerlof se base sur une hypothèse importante qui est l'indifférenciation des qualités. Les voitures sont toutes considérées de qualité identique. Cette hypothèse centrale dans la théorie néoclassique du marché (homogénéité des produits) est remise en cause par plusieurs situations économiques. Le modèle d'Akerlof montre que l'incapacité des prix à rendre visible la différenciation qualitative des produits déclenche un processus d'anticipations rationnelles conduisant le marché à sa disparition. Pour André Orléan, dans de telles conditions de marché, le bien-être des individus est interdépendant : *« la nature de l'utilité d'un agent dépend, au travers de la qualité moyenne du produit, des comportements des autres agents »* (Orléan, 1991, p. 145). Dès lors que les utilités sont interdépendantes, la définition de la qualité moyenne est au centre des enjeux et de tensions entre les individus. Quand la qualité moyenne est liée au comportement des autres individus, on n'interprète alors plus la qualité moyenne de la même manière qu'on le fait dans le monde walrassien. L'intersubjectivité selon les termes d'André Orléan débouche sur une transformation endogène des biens. Autrement dit, sur un nouvel estampillage des qualités (id.).

4.2.1. La structure du modèle et les principaux résultats

Les modifications apportées par Orléan au modèle d'Akerlof consistent à accorder aux biens des qualités différentes. Le continuum de qualité est dissocié en deux segments séparés par une qualité moyenne h_0 . L'intervalle des qualités offertes sur le marché est désormais : $[0, h_0, 2]$. Pour Orléan, h_0 doit être interprété comme une innovation sociale permettant la différenciation des qualités. La définition de cette qualité h_0 est donc un accord préalable à la réalisation des échanges sur le marché. Cet accord qui conduit les offreurs à se situer sur un des deux segments rend les échanges possibles. Par conséquent, sur le marché existent deux groupes différents de vendeurs : le groupe A des vendeurs de qualité inférieure à h_0 et le groupe B des vendeurs de qualité supérieure ou égale à h_0 . Les consommateurs constituent le troisième groupe d'agents.

L'objectif poursuivi par Orléan est de comprendre comment cet accord sur h_0 est déterminé et quelles sont les tensions qui émergent autour de sa valeur. Avant d'examiner la situation du marché avec différenciation des qualités et l'existence d'un prix d'équilibre, d'abord il faut spécifier le sens de la différenciation des qualités dans ce modèle. Il s'agit de déterminer une référence de qualité, h_0 en l'occurrence, qui permet aux offreurs de se positionner par rapport à cette référence. Nous pouvons l'appeler un accord ou une convention. C'est dans ce sens qu'André Orléan le qualifie d'innovation sociale dans la mesure où elle fixe un minimum de règles d'organisation des échanges. Puisque l'hypothèse d'incertitude qualitative est retenue dans le modèle, l'accord sur la définition des qualités n'est pas dévoilé aux demandeurs. Autrement dit, h_0 n'est pas une connaissance partagée par tous les agents. Ainsi, les agents subissent toujours l'asymétrie informationnelle. Ces derniers, comme dans le modèle d'Akerlof, continuent à se référer à la qualité moyenne comme indicateur pour estimer la qualité réelle offerte sur le marché. Cependant, cette nouvelle donne modifie les estimations des demandeurs. En effet, le prix du marché va se fixer par rapport à h_0 et non plus sur le continuum de qualité $[0, 2]$. Comme nous allons le voir, avec ce nouveau mécanisme de formation du prix et les anticipations rationnelles des demandeurs sur les comportements des offreurs, le prix se situe à un niveau tel que la qualité moyenne espérée par les demandeurs est suffisamment élevée pour que certains produits fassent l'objet d'échanges mutuellement bénéfiques. Dans ces conditions, h_0 peut être interprété comme une barrière à l'entrée sur le marché qui réduit l'incertitude des demandeurs.

En dotant le marché d'un accord de différenciation des qualités, André Orléan démontre l'existence des échanges sur un certain espace des qualités. D'abord, pour les mêmes raisons que celles évoquées au sujet du modèle d'Akerlof, le groupe A (les offreurs de qualité inférieure à h_0) ne pouvant pas vendre leurs produits. La qualité de ces biens offerts par ce groupe est estimée à un niveau trop faible pour déclencher un mouvement d'échange. Ce groupe d'offeurs disparaît donc du marché. En revanche, les biens de

qualité supérieure à h_0 offerts par le groupe B trouveront acquéreurs quand la valeur de h_0 se situe dans l'intervalle $[h_m, h_M]$.

Voici en résumé les principales hypothèses du modèle :

- 1) Les qualités sont uniformément distribuées sur le segment $[0, 2]$. Cependant, il existe deux marchés de deux biens de qualités différentes : le bien A dont la qualité se situe dans l'intervalle $[0, h_0]$ et le bien B appartenant à l'intervalle de qualité $[h_0, 2]$. Ces deux intervalles de qualités correspondent à deux segments du marché et à deux prix distincts.
- 2) h_0 correspond à un niveau de qualité choisi dans l'intervalle $[0, 2]$ qui permet de différencier les biens selon deux types de qualité : mauvaise qualité et bonne qualité.
- 3) Il existe trois groupes d'agents : le groupe A de vendeurs de produits de faible qualité, le groupe B vendeurs de produits de qualité supérieure et le groupe des demandeurs noté C .
- 4) Les vendeurs possèdent N biens à échanger dont la qualité est répartie comme indiquée en 1) et 2), et M autres biens dont le prix est égal à 1
- 5) Étant donné l'information imparfaite, les agents maximisent leur utilité espérée.

Les fonctions d'utilité sont de même nature que celles définies dans le modèle d'Akerlof. D'après ces fonctions, les biens de qualité $A \leq h_0$ ne se vendront pas pour les mêmes raisons indiquées dans le modèle d'Akerlof (cf. plus haut). Le marché de cette catégorie de biens disparaît. Par ailleurs, les biens B sont susceptibles d'être échangés. Le marché contient donc un seul type de biens et un seul prix noté p .

En effet, le groupe B souhaite offrir les biens dont la qualité h est telle que : $h_0 \leq h \leq p$; On peut déduire alors les quantités des biens offertes selon le niveau des prix et de la valeur de h_0 :

$$\begin{array}{ll} 0 \leq p \leq h_0 & S(p) = 0 \\ h_0 \leq p \leq 2 & S(p) = N/2 (p - h_0) \\ 2 \leq p & S(p) = N/2 (2 - h_0) \end{array}$$

L'offre n'existe que si le prix d'équilibre est supérieur ou égal à h_0 . On distingue deux situations : quand le prix est inférieur ou égal à 2 et quand il est supérieur ou égal à 2. Dans la première situation ($p \leq 2$), la qualité maximale offerte par le groupe B est égale à p . La qualité moyenne notée u vaut alors : $u = [p + h_0] / 2$

Dans la seconde situation, quand $p \geq 2$, la qualité maximale offerte est égale à 2 et la qualité moyenne est : $u = [2 + h_0] / 2$

Selon la nature de la fonction d'utilité des demandeurs, ces derniers sont prêts à acheter tous les biens dont les qualités sont telles que : $p \leq 3h/2$

Sachant que les demandeurs estiment la qualité réelle h à travers la qualité moyenne. Il s'ensuit que les demandeurs sont prêts à acheter tous les biens pour lesquels le prix : $p \leq 3u/2$.

Pour que la demande soit positive, la qualité moyenne estimée doit être : $u \geq 2/3 p$

Puisqu'il existe deux situations où la qualité moyenne u est différente selon que le prix soit supérieur ou inférieur à 2, la qualité h_0 prend des valeurs différentes :

$$\begin{array}{ll} \text{Si } p \leq 2 : & p \leq 3h_0 \quad \text{ou ;} \quad h_0 \geq p/3 \\ \text{Si } p \geq 2 : & p \leq [6+3h_0] / 4 \quad \text{ou ;} \quad h_0 \geq 4p/3 - 2 \end{array}$$

Dans ces conditions, l'échange existe pour les qualités dont les valeurs sont :

Pour $p \leq 2$: les qualités échangées sont : $2/3 p \leq h \leq p$

Pour $p \geq 2$: les qualités échangées sont : $[4p/3 - 2] \leq h \leq 2$ avec $p \geq h$

Ainsi, l'échange peut exister sur un certain intervalle de qualité lorsque les produits échangés sur le marché sont qualitativement différenciés et ceci même si l'incertitude à propos de la qualité est présente. Le premier problème qui est posé à cette démonstration est la façon dont la valeur h_0 est déterminée. Pour l'instant, nous supposons que cette valeur fait l'objet d'un accord préalable entre les participants au marché. Nous verrons plus loin que la valeur de h_0 est l'objet d'intenses spéculations.

4.2.2. La différenciation conventionnelle des qualités : réduction de l'incertitude par la réduction de l'espace des biens

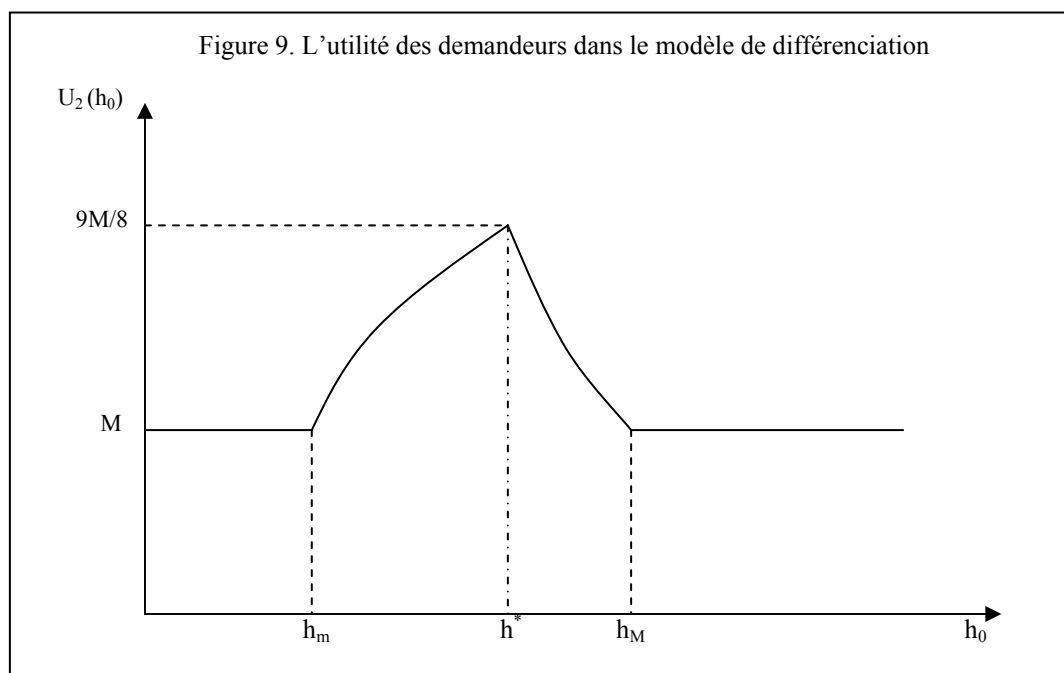
La démonstration d'existence de l'échange est à la fois intéressante et étonnante. Avec le même procédé d'estimation rationnelle de la qualité moyenne employée dans le modèle d'Akerlof, le résultat diffère considérablement dans le modèle d'Orléan. Quand le modèle d'Akerlof conclut sur l'impossibilité de l'échange, le modèle d'Orléan démontre son existence. Peut-on considérer h_0 comme un dispositif rapprochant les anticipations rationnelles des demandeurs à propos de la qualité et la réalité du marché ? Autrement dit, cet accord corrige-t-il les croyances de demandeurs ? Nous avons vu dans le modèle d'Akerlof que la première conséquence de la sélection adverse était la construction des anticipations déconnectée de la réalité. Les demandeurs sous-estiment la qualité réelle parce que l'incertitude sur la qualité est associée à la malhonnêteté des vendeurs. Si dans le modèle d'André Orléan l'accord sur h_0 rapproche les anticipations de la réalité du marché, cela signifie que cet accord réduit l'incertitude. En

réalité, l'incertitude existe toujours mais elle concerne un nombre réduit de biens. L'exclusion des biens dont la qualité est trop faible permet d'ajuster vers le haut les anticipations rationnelles que font les demandeurs à propos du comportement des offreurs. En de termes simples, l'accord sur h_0 réduit l'espace des biens en excluant ceux dont la qualité est la plus controversée. Cela se traduit dans le modèle par l'exclusion du groupe A dont les produits sont de faible qualité. Selon les mécanismes mis en évidence par le modèle d'Akerlof, ces produits de mauvaise qualité chassent les produits de bonne qualité. Avec la disparition de ces biens de mauvaise qualité suite à l'accord h_0 , le marché ne contient que les biens dont un certain niveau de qualité minimale est garanti (biens offerts par le groupe B). Dans ce cas, l'écart entre la qualité moyenne espérée (estimée par l'espérance mathématique) et la qualité réellement offerte diminue. Ce qui veut dire que les croyances sur la qualité moyenne des produits, pour reprendre les termes de Stiglitz (1987), se rapprochent de la réalité. Cependant, les demandeurs ne peuvent toujours pas différencier les biens offerts par le groupe B , bien qu'ils soient de qualités différentes. Ce problème sera résolu une fois que l'équilibre du marché est défini.

4.2.3. L'équilibre du marché et la convention de qualité

L'accord h_0 conduit à une différenciation entre deux types d'offeurs, ceux dont la qualité est supérieure à h_0 et ceux dont la qualité inférieure à h_0 . Mais surtout cet accord va plus loin dans la logique de différenciation. Les offreurs dont la qualité est supérieure à h_0 vont se différencier qualitativement les uns des autres. On distingue alors au sein de ce groupe d'offeurs des sous-groupes dont la qualité est maximale, moyenne ou minimale. Le modèle suppose que ce groupe se distribue entre deux bornes de qualités : $[h_m ; h_M]$, avec h_m comme qualité minimale et h_M comme qualité maximale. La qualité moyenne dans ce continuum est h^* . Selon les propriétés du modèle, l'échange n'aura lieu que si la valeur de h_0 est supérieure à h_m . On peut donc dire que h_m est la barrière à l'entrée sur le marché.

Le modèle définit une multiplicité d'équilibres, ce qui pose un problème de coordination puisque le choix d'un équilibre met en exergue des tensions entre les agents. C'est ce qu'Orléan qualifie d'interaction directe des utilités.



Source : André Orléan, 1991

Les demandeurs obtiennent une utilité maximale quand la qualité offerte est égale à h^* et une utilité minimale lorsque la qualité est égale à h_m ou à h_M . Les demandeurs ont donc intérêt à ce qu'il n'y ait pas de différenciations entre les offreurs. La condition de maximisation de leur utilité est que la qualité offerte ne soit ni trop élevée ni trop basse. L'utilité des offreurs est asymétrique à celle des demandeurs. Elle est maximisée quand la qualité des biens est minimale (h_m) ou maximale (h_M) et minimisée quand la qualité est de niveau h^* . Au niveau de qualité minimale correspond un prix très bas déclenchant un fort mouvement de demande. Inversement, quand la qualité est à son maximum le prix est élevé. La demande dans ce cas provient d'un petit groupe de demandeurs. Les offreurs maximisent donc leur utilité en jouant sur l'effet quantité ou sur l'effet qualité. Ces deux équilibres extrêmes mettent en avant une divergence d'intérêts au sein du groupe des offreurs. Si h_0 est égale à h_m , le marché est dominé par l'offre de basse qualité qui chasse les produits de qualité supérieure. En revanche, si h_0 est égale à h_M c'est l'inverse qui se produit : le marché est dominé par la qualité supérieure et les offreurs dont la qualité est inférieure h_M quittent le marché.

A l'inverse de ce qui se passe avec les deux équilibres polaires h_m et h_M où les offreurs maximisent leur utilité, à l'équilibre h^* , ces derniers obtiennent une utilité minimale. Par conséquent, les offreurs ont intérêt à se différencier qualitativement. Ainsi, selon l'équilibre qui l'emporte, h_m , h^* ou h_M , l'utilité du groupe des offreurs ou des demandeurs est maximisée au détriment de l'autre groupe. Le critère parétien ne permet donc pas de sélectionner un des trois équilibres à cause de l'importance des conflits d'intérêts (Orléan, op.cit. p 148).

Ces trois équilibres peuvent être associés à trois conventions de qualité différentes selon Orléan¹⁰⁴. Pour une qualité dominante h_m , la convention de qualité correspondante favorise l'émergence d'un marché où le produit est largement accessible à travers un prix le plus bas possible. Ce produit correspond à la qualité standard. Pour une qualité h_M dominante, la convention de qualité correspond à un produit de luxe et le marché est réservé à un groupe de consommateurs restreint. Enfin, si le marché est dominé par la qualité h^* cela correspond à une qualité contrôlée. La convention garantit une qualité moyenne en contrepartie d'un prix médian.

Ce modèle conclut donc sur l'existence de multiples équilibres ou de conventions de qualité. La convention dominante dépendra du résultat des interactions entre les trois acteurs du marché (acheteurs, offreurs de qualité minimale et offreurs de qualité maximale). Comme le note Orléan, « *la détermination de h_0 doit être pensée comme le point d'aboutissement des interactions stratégiques entre agents* » (p. 149). C'est le marché qui fixe la valeur de h_0 donc de la nature de la convention de qualité dominante.

L'ambiguïté du statut de la convention dans ce modèle pose un certain nombre de questions à clarifier. Quelle est l'origine et les processus qui ont conduit à son émergence ? La multiplicité des conventions de qualité ne règle pas le problème de coordination. Certes, les rapports de concurrence sont importants dans la détermination de la convention de qualité, mais n'y a-t-il pas d'autres facteurs intervenant dans le choix d'une convention ? Quels sont les fondements économiques ou organisationnels qui font que la convention dominante se stabilise et assure le bon fonctionnement du marché ? Cette question invite à identifier les mécanismes en fonction desquels une convention de qualité remplace une autre. Pour l'objet de notre thèse, ces questions sont primordiales. Si le marché des services de l'aide à domicile peut être analysé à partir du modèle d'Orléan, son cadre théorique nécessite néanmoins d'être complété par un certain nombre d'hypothèses afin de se rapprocher de la réalité de ce marché.

4.2.4. L'origine de la convention de qualité dans le modèle d'Orléan

André Orléan distingue deux types d'interactions entre les individus : le niveau de concurrence régi par la rareté et les prix. Ce niveau fonctionne avec une logique hiérarchique et centralisée puisque les décisions individuelles s'établissent en fonction des indications du commissaire du marché. L'autre niveau est celui constitué des interactions horizontales directes entre les agents. Ces interactions donnent naissance à des médiations sociales, autrement dit, des interactions qui font émerger les objets grâce auxquels les agents privés se coordonnent (op.cit. p 151). L'émergence d'une convention de qualité dépend de cette double interaction et c'est ce qui nous intéresse le plus dans ce modèle.

¹⁰⁴ Orléan insiste sur le caractère imprécis de la notion de convention de qualité employé dans son article (p. 148).

Le processus de construction de la convention de qualité est dominé par les relations directes entre les utilités. Ces relations sont caractérisées par des conflits d'intérêt entre les demandeurs et les offreurs d'une part, et entre les différents groupes constituant l'offre d'autre part. Comme l'affirme Orléan, les tensions qui naissent autour de la définition de la valeur de h_0 s'expriment sous la forme d'une dynamique intersubjective de type théorie des jeux (op.cit. p. 147). Ce jeu stratégique est un jeu sans itération. Donc il n'y a pas de menaces crédibles de la part des joueurs, ce qui accentue le problème de coordination en raison notamment de la multiplicité des équilibres. Au passage, notons qu'en ce qui concerne le marché d'aide à domicile, la nature du jeu stratégique est fondamentalement répétitive puisque les relations d'échange font l'objet de renouvellement et sont donc vouées à durer. Dans ce cas, la menace et la confiance peuvent jouer un rôle important dans la coordination.

L'approche de la convention de qualité dans le modèle Orléan est de nature évolutionniste au sens de Sugden¹⁰⁵ (1986) et par référence à la théorie des jeux évolutionnistes. Pour Batifoulier (2001) ce type d'approche est d'ordre stratégique puisque la conformité des agents à la convention obéit à un comportement stratégique. En effet, la convention est le point de convergence des intérêts individuels. Une fois admise par la majorité des agents, personne n'a intérêt à modifier son comportement.

Puisque la convention de qualité est l'aboutissement des interactions stratégiques entre les individus et comme leur demande est déterminée par la position sociale que chacun occupe (conformément à leur fonction d'utilité), on peut supposer que la qualité dominante, autrement dit la convention de qualité dominante, dépendra de la structure des revenus des participants au marché. En intégrant les inégalités de revenus entre les demandeurs, les interactions stratégiques vont aboutir à la domination d'un équilibre dont la nature dépend de l'importance de ces inégalités. En effet, si la majorité des demandeurs sont dotés d'un revenu élevé, la demande sera telle que h_0 se rapproche de la qualité supérieure h_M . Et inversement, si le revenu de la majorité des demandeurs est faible, la basse qualité h_m l'emporterait. Le choix de h_0 dépendrait donc de la force numérique des différents groupes sociaux. L'introduction des différences dans le profil des acheteurs pourrait conduire à plus de précisions sur les résultats du modèle.

Dans l'aide à domicile, les personnes âgées présentent des situations différentes caractérisées par le niveau de revenu, le niveau de dépendance et d'autres facteurs sociodémographiques et socioculturels comme l'âge, la situation familiale, l'isolement, etc. Leurs besoins, donc la nature de leur demande, varient en fonction de ces caractéristiques. En suivant le modèle d'Orléan, la convention de qualité dominante serait déterminée non seulement par la variable monétaire mais également en fonction du profil socio-sanitaire dominant et des représentations collectives à propos de la qualité. Notre enquête

¹⁰⁵ Pour Sugden, la convention est confondue avec la solution d'un jeu qui admet deux ou plusieurs équilibres stables (cité par Orléan, 2004, p.13).

montre justement que le profil des usagers est très différent. Par conséquent, la convention de qualité dans les services d'aide à domicile ne peut pas se résumer à l'interaction des utilités entre les usagers et les offreurs, mais il convient de prendre en compte le comportement des autres acteurs influents dans ce marché et l'impact des représentations collectives. Plus précisément, le rôle des familles des personnes dépendantes, le personnel de santé ou les autres intermédiaires tels que les caisses de retraite et les services sociaux des départements est à prendre en compte dans la construction de la qualité. Ainsi, contrairement à la vision évolutionniste de la convention de qualité dans le modèle d'Orléan, *nous adoptons une approche interprétative consistant à prendre en compte les jugements sur la qualité construits et diffusés aussi bien par les usagers que par les autres acteurs.*

CONCLUSION DU CHAPITRE III

L'incertitude est source d'inefficience économique dans la mesure où elle affecte la rationalité individuelle. L'optimum de Pareto est donc impossible à réaliser dans ces conditions. Les économistes ont tenté de cerner cette notion d'incertitude et de proposer des solutions conduisant à l'optimum. Nous retenons de Knight (1921) sa distinction entre risque et incertitude. Cette dernière n'est pas probabilisable dans la mesure où elle peut présenter des situations inédites. D'où le recours à d'autres méthodes pour l'intégrer dans la décision individuelle. Les individus peuvent anticiper l'avenir à partir des expériences passées. C'est ce que Knight qualifie de « jugement sur l'avenir ». Dans le même sens, Keynes suppose que les individus sont capables d'anticiper l'avenir, même si cette anticipation peut ne pas être toute à fait réaliste. Ce qui importe pour l'individu c'est « l'idée que l'opinion moyenne se fera à l'avance de son propre jugement » (Keynes, 1937). A partir de cette capacité à « découvrir l'opinion moyenne », les individus anticipent le comportement des autres et adaptent leurs décisions en fonction de cette anticipation. Autrement dit, les individus adoptent une « rationalité autoréférentielle » leur permettant d'agir dans les situations les plus complexes. La conception de l'incertitude dans la théorie de l'équilibre général est de nature différente. Arrow et Debreu (1954) proposent d'accompagner le marché par un dispositif assez imaginaire : le « marché conditionnel ». Dans ce marché, les agents s'échangent des engagements à propos des marchandises futures, lesquelles sont définies préalablement en les caractérisant par les différents événements à venir. Cette méthode est fondée sur le même principe du modèle d'utilité espérée et du modèle d'espérance d'utilité subjective. Ces modèles se basent sur l'hypothèse selon laquelle on peut transformer l'incertitude en un risque probabilisable à condition d'identifier les principaux événements futurs à l'origine de l'incertitude. La méthode peut paraître pertinente puisqu'elle permet d'introduire l'incertitude dans la fonction d'utilité tolérant ainsi le calcul de maximisation. En revanche, l'hypothèse de connaissance quasi-certaine des événements futurs et surtout la possibilité de leur associer une probabilité pose un problème de fond.

Dans ce chapitre, nous avons également examiné d'autres dispositifs plus pratiques permettant de réduire l'incertitude. Le modèle de signaux de Spence (1973) ou le modèle de réputation nous semble les plus intéressants. Le premier consiste à interpréter la qualité sur le marché à travers un signal de qualité qui peut être un diplôme, un certificat ou un label. Ce signal envoyé par l'offreur n'est pas dissociable de son identité. C'est ce lien entre les caractéristiques de l'individu et ses compétences professionnelles attesté par le signal qui nous intéresse le plus ici. De son côté, le modèle de réputation propose un fonctionnement de marché en incertitude alternatif au modèle de fonctionnement walrassien. D'abord, il permet de comprendre le lien entre la valeur de la marchandise et l'identité de la firme et ensuite, il définit les conditions et les enjeux d'une relation d'échange durable fondée sur la réputation (Kreps, 1990). Cette relation entre la concurrence par réputation et la fidélité des clients nous semble importante pour analyser le fonctionnement du marché de l'aide à domicile.

La réputation, les garanties de qualité ou les signaux de qualité sont des mécanismes propres au marché dans le sens où leur intégration dans les relations marchandes ne nécessite pas le recours à un tiers. Leur crédibilité dépend donc de la valeur qu'on leur donne. En ce sens, ils sont différents des autres dispositifs supportés par des institutions au sens de Williamson. Les règles de qualité, qu'elles soient instituées par une autorité externe au marché ou par la firme (procédures internes), permettent aux agents de conclure des contrats incomplets. Ces règles s'imposent à tous les individus comme une contrainte institutionnelle. Par conséquent, leur valeur et leur crédibilité sont garanties par l'institution qui les supporte. Les conventions peuvent garantir les mêmes conditions de l'échange dans le sens où elles clarifient le contexte de l'action. La convention de qualité offre aux acteurs un « lexique » leur permettant d'interpréter les différences de qualités offertes sur le marché. Comme le montre Orléan (1991) dans son modèle de différenciation des qualités, l'introduction d'une référence de qualité partagée par l'ensemble des acteurs peut permettre au marché de fonctionner en situation d'incertitude. La difficulté se situe dans la définition de cette référence commune et surtout dans l'analyse de sa trajectoire : comment devient-elle une norme conventionnelle extérieure aux acteurs ? L'analyse de la convention sous l'angle d'un jeu évolutionniste peut s'avérer cruciale. Par ailleurs, en ce qui concerne cette thèse, cette analyse ne permet pas de prendre en compte l'ensemble des paramètres du comportement individuel. Si le concept de convention de qualité nous paraît plus pertinent que le concept d'équilibre walrassien pour expliquer le fonctionnement de ce marché en présence d'incertitude qualitative, l'origine de cette convention doit être recherchée en dehors de la logique walrassienne. Les interactions stratégiques ou ce qu'Orléan qualifie d'entrecroisement des utilités (op.cit.) peuvent jouer un rôle dans la construction de la convention. Cependant d'autres interactions non stratégiques doivent être prises en compte. Il s'agit des relations interpersonnelles non économiques, ou ce qu'on peut qualifier de réseau social au sens de Granovetter (1985) ou de réseau d'échange au sens de Karpik (1989). Notre hypothèse est que les usagers incertains sur la qualité ne choisissent pas un prestataire uniquement au regard du prix mais aussi au regard de ce

que les autres pensent de sa qualité. Prendre en compte l'opinion des autres revient à supposer que cette opinion soit accessible. C'est ce que nous voulons vérifier dans notre enquête. Comment se formalise l'opinion sur la qualité et comment est-elle interceptée par les usagers qui subissent l'incertitude sur la qualité ?

CHAPITRE IV

LA QUALITÉ DU SERVICE D'AIDE À DOMICILE : TENSIONS ET INCERTITUDES

INTRODUCTION

La prestation de service d'aide à domicile ne peut pas être réduite à un acte d'achat et de vente entre l'utilisateur et le prestataire. Elle est plutôt à définir comme un accord entre différents acteurs où chacun exprime ses attentes et ses engagements. Certes, le service se matérialise par le travail effectué par le salarié, mais l'évaluation de la prestation concerne aussi bien le résultat immédiat du travail que les aspects immatériels de la prestation. La satisfaction de l'utilisateur dépend de la qualité du travail effectué et de la dimension comportementale du salarié. Cette dimension obéit à un jugement forcément subjectif puisque c'est souvent la qualité de la personne qui est évaluée, ou plus précisément ses caractéristiques idiosyncrasiques. Plus large encore, la qualité de la relation entre l'utilisateur et l'organisation prestataire est primordiale à la stabilité de la prestation. La capacité de l'organisation prestataire à réagir aux exigences des usagers dépend de ses ressources humaines et organisationnelles et notamment de la proximité entretenue avec ses usagers. Suivant ces remarques, *nous supposons que la qualité est évaluée à deux niveaux : celui de la relation entre l'utilisateur et le salarié et le niveau de la relation entre l'utilisateur et l'organisation prestataire.*

La relation entre les trois principaux acteurs de la prestation (l'utilisateur, le salarié et l'organisation prestataire) doit être étendue à d'autres acteurs indirects tels que les intermédiaires, les financeurs ou le régulateur (Butté-Gérardin, 1999). Supposer que la qualité est indissociable du comportement des acteurs revient à supposer qu'elle est socialement construite par l'ensemble de ces acteurs. Or, ces derniers sont souvent animés par des logiques et des intérêts différents, voire même contradictoires. Par conséquent, le compromis sur la qualité peut être soumis constamment à une redéfinition notamment avec l'arrivée de nouveaux acteurs dans ces services. Cet angle d'analyse sera abordé du point de vue de la stabilité de la relation de service. Pour montrer ces tensions entre les acteurs et la justification de leurs actions, nous analysons cette relation sous l'angle du modèle de l'économie des grandeurs (Boltanski et Thévenot, 1991). La question qui nous intéresse ici est d'identifier les sources des tensions entre les acteurs en inscrivant leurs actions et leurs justifications dans leurs « mondes » au sens de ce modèle. Nous voulons montrer que l'aide à domicile est un champ où la confrontation entre registres d'action totalement

différents et parfois opposés est permanente. Ces tensions et les moyens mobilisés par les acteurs pour les atténuer ou les résoudre seront illustrés par des exemples.

Le fait de s'engager dans une relation de service sans connaître le résultat est synonyme d'incertitude. Contrairement aux tensions qui résultent de la justification de l'action, l'incertitude sur les résultats de la relation est antérieure à l'action. *C'est le moment du choix d'un prestataire qui caractérise le mieux cette incertitude.* En effet, les usagers doivent choisir un prestataire sans connaître réellement sa qualité, et plus problématique encore sans connaître les différences de qualité entre les prestataires en concurrence. En outre, le choix peut être irréversible si les acteurs s'engagent dans une relation de longue durée. Dans ce cas, l'introduction du temps et de ses conséquences sur l'évolution des besoins est source d'incertitude sur la qualité future des prestations. Le prestataire choisi, sera-t-il capable d'adapter la prestation à l'apparition de nouvelles attentes de l'utilisateur ? Même s'il s'engage à le faire, tiendra-t-il ses engagements ? En supposant que ce prestataire est digne de confiance, les nouveaux besoins qui apparaissent peuvent être des situations inédites que ni le prestataire ni l'utilisateur n'ont envisagées. Dans ce cas, les procédés à mettre en place pour les prendre en charge sont à inventer nécessitant l'implication de l'utilisateur, du salarié et de l'organisation. Dans de telles situations, l'incertitude est partagée par ces acteurs. Nous associons donc l'incertitude qualitative : 1) au manque de visibilité de la qualité et des différences qualitatives entre les prestataires ; 2) au comportement des acteurs et à la confrontation des ordres de justification de leurs actions ; 3) au temps comme vecteur de changement dans les attentes et dans les engagements de chaque acteur.

Dans un premier temps, nous analysons la prestation de service en tant qu'un ensemble d'interactions entre plusieurs acteurs. Les tensions résultant de la confrontation des logiques d'action différentes sont illustrées par quelques exemples. Dans un deuxième temps, nous proposons un éclairage sur la notion de la qualité dans l'aide à domicile et ses enjeux pour les différents acteurs. Enfin, dans le troisième point, nous analysons les différentes formes d'incertitude sur la qualité du service.

1. LES TENSIONS DANS LA RELATION DE SERVICE D'AIDE À DOMICILE AUX PERSONNES ÂGÉES

La prestation de service aux personnes âgées est un ensemble de tâches difficilement définissables. Cette difficulté s'explique par la diversité des besoins que peut exprimer une personne âgée. En outre, ces besoins sont extrêmement variables d'une personne à une autre et d'une situation sanitaire, sociale et environnementale à une autre. L'aide à domicile apportée à une personne seule, vivant dans un petit appartement situé en centre-ville peut être sensiblement différente de l'aide que peut nécessiter une autre personne vivant avec son conjoint dans une maison spacieuse située dans un quartier périphérique. Les conditions de la prestation et l'objet même du travail ne sont pas identiques. Le service d'aide à domicile est donc indissociable de la nature du domicile et du profil socio-sanitaire de l'utilisateur. Ceci dit, le service ne peut pas être défini uniquement comme une tâche ou un ensemble de tâches standards. Son contenu et sa qualité doivent être construits par les acteurs au cours de la prestation. Sans doute, les tensions émergeront dès le départ à propos du travail à effectuer, l'ordre de priorité des tâches ou même la méthode de travail puisque chaque personne âgée a une manière de faire son ménage qui peut être différente de celle du salarié. Ces tensions vont s'apaiser au fur à mesure que l'employé intègre les exigences de l'utilisateur à condition que ce dernier lui communique ses attentes. Autrement dit, l'apprentissage de la relation de service requiert la participation de l'utilisateur au moins en communiquant ses attentes.

La pluralité des acteurs est aussi au cœur de la définition du service d'aide à domicile. Les acteurs s'engagent autour d'un projet dont la finalité est la prise en charge qualitative des besoins des personnes âgées vivant à leur domicile. Le service d'aide à domicile doit donc être appréhendé sous la forme d'un projet de service associant une multitude d'acteurs. Cependant, quand ce projet ne fait pas l'unanimité au sein de l'ensemble des acteurs, cela se traduit par des tensions au sein de la relation directe entre l'utilisateur et le prestataire.

Cet angle d'analyse permet de définir le rôle de chaque acteur. Dans un premier temps, la relation est limitée aux deux acteurs les plus concernés. L'analyse montre comment se formalisent les attentes et comment elles sont prises en charge par le prestataire. Les besoins et le contenu du service sont définis à travers une interaction directe. La personnalisation de la prestation est une dimension essentielle dans la définition du contenu du service et dans l'évaluation du résultat de la relation. Dans un deuxième temps, la relation de service est étendue aux acteurs externes à la relation directe entre l'utilisateur et le prestataire. L'extension de la relation de service montre que le contenu du service ainsi que les besoins traités par le prestataire sont socialement construits. A travers cette relation de service étendue, nous pouvons identifier les sources de tensions entre les acteurs en les associant à la multiplicité des ordres de justification de

l'action. Le modèle des économies de la grandeur de Boltanski et Thévenot (1991) nous permet de clarifier ces tensions et les compromis qu'elles peuvent faire émerger. Si ces compromis peuvent résoudre les principales tensions entre les acteurs à propos de la définition du service, une autre difficulté concernant l'incertitude radicale peut remettre en cause la stabilité de la relation de service. En s'engageant dans une *relation étendue dans le temps*, la personne âgée est incertaine à propos du comportement du prestataire et sur la qualité du service attendu. La relation de service focalise à la fois l'incertitude comportementale (Williamson, 1985) et l'incertitude sur la qualité *versus* sélection adverse (Akerlof, 1970). Le processus décisionnel de la personne âgée se trouve particulièrement alourdi par le lien dialectique entre les deux types d'incertitude. Nous verrons quels sont les moyens mobilisés par les acteurs pour résoudre ce problème.

1.1. La relation socioéconomique de service

L'intérêt de la notion de la relation de service, en ce qui concerne cette thèse, est de mettre en évidence la place de la coopération entre l'utilisateur et le prestataire des services d'aide à domicile. Cette coopération est fondamentale pour dissiper les zones d'ombre concernant la définition du service. Une fois que les deux acteurs sont d'accord sur le travail à effectuer, les attentes et les engagements de chacun, la relation peut se mettre en place. Avant d'analyser le processus qui conduit à cet accord, définissons d'abord la notion de la relation de service.

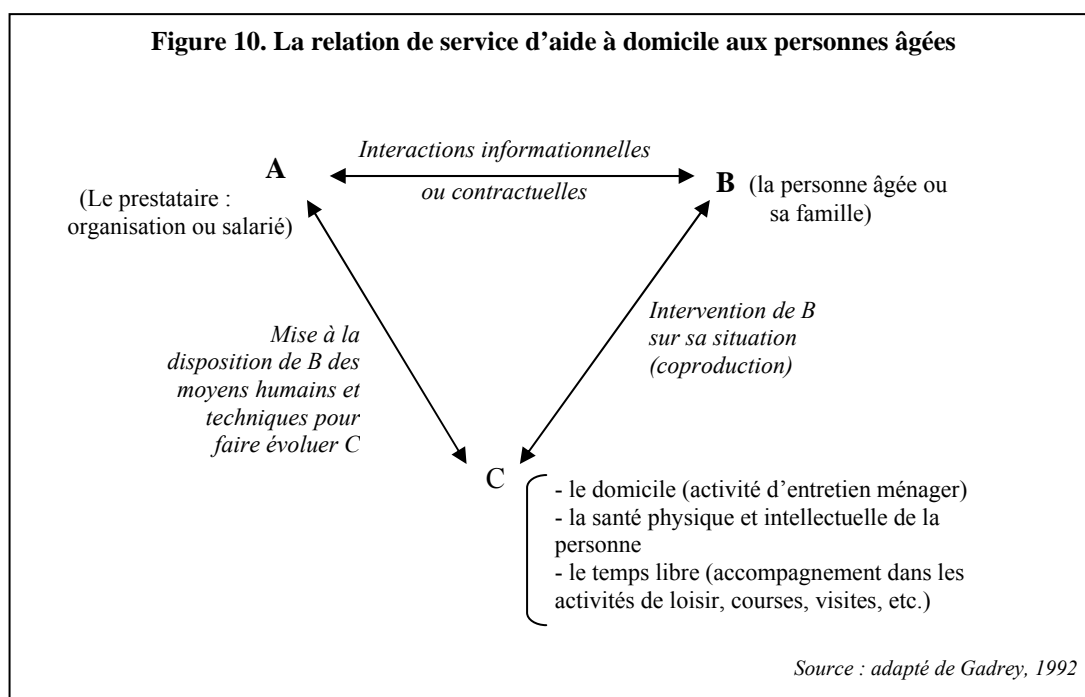
Pour Peter Hill (1977), le service est « *la transformation de la condition d'une personne, ou d'un bien appartenant à un agent économique quelconque, résultant de l'activité d'un autre agent économique, à la demande ou avec l'agrément du premier agent* » (Hill, cité par Gadrey 1992). Hill considère donc le service comme un *processus* de transformation d'une situation donnée. L'intérêt de cette définition, comme le mentionne Jean Gadrey, réside dans le fait de considérer le service comme un *résultat* et l'introduction du jeu d'acteurs autour de la relation de service (Gadrey, id.). Suite à cette définition, Jean Gadrey propose, dans un premier temps, une définition limitée aux deux individus participant directement à la prestation de service : l'utilisateur et le prestataire. Dans un second temps, il propose une définition assez large permettant de l'appliquer à l'ensemble de l'activité tertiaire.

1.1.1. La relation directe entre l'utilisateur et le prestataire

Tout d'abord, retenons la première définition. En effet, selon Gadrey, l'activité de service est une opération menée par un prestataire A visant à transformer une réalité C, possédée ou utilisée par un utilisateur ou consommateur B. L'opération est effectuée à la demande de B qui, souvent, participe à son déroulement. Le résultat de l'opération ne doit pas aboutir à la production d'un bien susceptible de

circuler économiquement indépendamment du support C. Autrement, on reviendrait au schéma de production agricole ou industrielle comme le note Gadrey.

Le service d'aide à domicile aux personnes âgées, suivant cette définition, est une relation entre la personne âgée et un prestataire. La première (ou ses proches) demande au second de mettre en œuvre les moyens techniques et humains afin de transformer une réalité donnée. Cette réalité peut être le domicile (l'entretien ménager) ou son propre corps (entretien corporel et aide à la personne). Elle peut également recouvrir des situations diverses comme l'accompagnement en dehors du domicile pour faire les courses, pour se rendre chez un médecin, pour les démarches administratives, etc. Pour une meilleure illustration de cette relation, nous reprenons le schéma triangulaire proposé par Gadrey (1992).



Dans cette représentation, A est le prestataire qui peut être une organisation ou l'employé de la personne âgée. L'interaction entre les deux termes est donc une relation informationnelle dans le sens où ils se mettent d'accord sur les termes de l'intervention. B fait savoir à A ses besoins et ses attentes, et B lui propose un protocole de service en définissant les moyens techniques et humains (compétences) à mettre en œuvre. B peut accepter ce protocole ou demander à modifier certains aspects. Ils se mettent d'accord donc sur un protocole de service déterminant les moyens, le nombre d'heures à effectuer, la fréquence de

l'aide et les modalités d'évaluation de la relation de service¹⁰⁶. La relation sera contractualisée par un contrat de prestation quand A est une organisation prestataire ou un contrat de travail lorsque A est l'employé de B. Cette relation peut être conflictuelle au cas où la coopération est insuffisante entre les deux. Nous reviendrons en détails sur ce point plus loin.

La réalité C peut être considérée comme étant les besoins de l'utilisateur. Le prestataire A intervient sur C dans le but de la transformer suivant « l'accord » sur les moyens à mettre en œuvre et les besoins définis conjointement avec B. L'intervention peut avoir comme support les objets matériels (le domicile et le mobilier) quand la demande consiste à entretenir le domicile. Le service se limite donc à apporter de la propreté au domicile en utilisant les moyens conjointement définis et en suivant les indications de B. Là encore des tensions peuvent se produire si les indications données à l'employé par l'employeur ou l'utilisateur sont insuffisamment claires. Souvent, les recommandations de la personne âgée s'identifient à la manière dont elle a l'habitude de faire le travail domestique. L'employé doit donc savoir traduire ces recommandations en un travail proche de celui effectué par la personne âgée ou au moins aboutir au même résultat. A ce stade de la relation, la coopération de la personne âgée est capitale pour permettre à l'employé d'intégrer pleinement ses attentes dans la production du service.

Quand la personne âgée est dépendante, l'intervention de A sur C est un mélange entre l'entretien du domicile et l'aide aux « actes essentiels de la vie courante ». Le support de la réalité C dans ce cas est à la fois le domicile et le corps physique et psychique de la personne. La prestation peut être un soin infirmier¹⁰⁷ ou un service d'aide à l'hygiène par exemple. Ce dernier aspect de la prestation consiste à aider la personne âgée à faire les gestes qu'elle ne peut pas faire seule ou les faire à sa place. Ceci peut être une aide à la toilette, au couchage et au lever, à l'alimentation, etc. La prestation peut être également une aide en vue de rompre l'isolement social de la personne âgée en l'accompagnant en dehors du domicile pour pouvoir assister à un spectacle, à une soirée ou simplement pour se rendre au club des seniors par exemple.

L'intervention d'aide à domicile porte donc sur des objets (humains et matériels) que la personne âgée connaît mieux que le prestataire. Sa coopération est donc majeure pour que le prestataire puisse avoir toute l'information permettant d'apporter un service adapté à ses attentes. D'un autre côté, le but recherché par l'utilisateur et sa famille, est de préserver ou de restaurer l'autonomie de la personne âgée. Ceci requiert sa participation active à certaines tâches pour stimuler sa réactivité. Le service ou une partie de

¹⁰⁶ L'évaluation peut consister à évaluer les résultats de l'intervention (la qualité) et les besoins de la personne qui, rappelons-le, sont évolutifs. Le prestataire doit alors apporter des modifications pour adapter le service.

¹⁰⁷ On est dans une relation d'aide à domicile soins non compris. Il est vrai que plusieurs prestataires offrent des services de soins à domicile complémentaires aux services d'aide à domicile. Dans ce cas, la transformation peut avoir lieu quand par exemple une infirmière donne un médicament permettant de soulager la douleur.

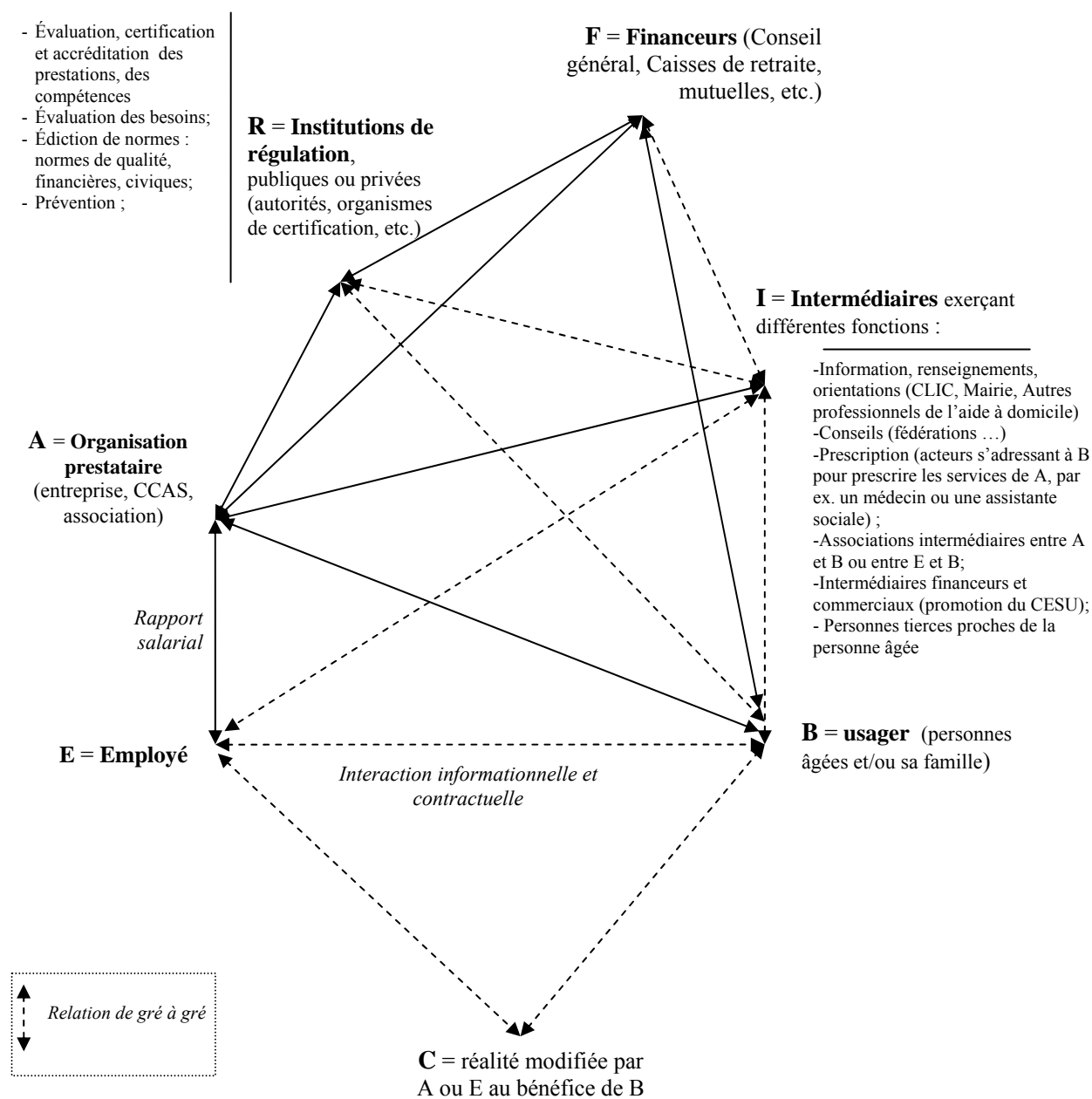
celui-ci est donc coproduit par le prestataire et la personne âgée. L'intervention de B sur C peut être définie par la participation de la personne âgée à l'opération de transformation de la réalité. Elle peut être une participation par l'information ou par l'action.

1.1.2. Une relation complexe et plus étendue

Le graphique 10 est une définition qui met en relation uniquement deux acteurs : l'utilisateur et le prestataire. En réalité, la relation de service d'aide à domicile aux personnes âgées est construite par une multitude d'acteurs. On peut les distinguer selon deux types : des acteurs internes à la relation directe de service et des acteurs externes à cette relation. Il existe une interdépendance directe entre les deux niveaux de la relation de service. Les exigences de qualité, pour ne retenir que cet aspect, remontent du niveau de la relation directe et les procédures de qualités sont dictées au niveau de la relation plus étendue (cf. la figure 11 ci-dessous).

La première catégorie d'acteurs est composée de l'utilisateur et du prestataire auxquels on joint la famille, l'entourage immédiat de la personne aidée et l'employé d'aide à domicile, lorsque le prestataire est une organisation. La relation de services peut être donc représentée par le schéma triangulaire précédent (figure 10). La deuxième catégorie regroupe les acteurs de la première catégorie auxquels se joignent les institutions de régulation (notées R), les financeurs (notés F) qui jouent souvent le rôle d'autorité de régulation et les intermédiaires (noté I).

Figure 11 : Relation de service étendue



Source : adapté à partir de Gadrey, 1996

1.1.2.1. Le rôle de l'institution de régulation

Comme le montre le schéma, la relation de service est assez complexe. Plusieurs problématiques émergent des relations entre les acteurs. Le contrôle de la qualité et l'évaluation des besoins sont deux problématiques majeures. L'institution de régulation prend en charge ces problématiques en instituant des règles de fonctionnement. Sur le plan de la qualité, c'est elle qui définit conjointement avec les financeurs les règles et les procédures. Par exemple, pour l'agrément qualité, les prestataires sont agréés par le préfet en fixant un cahier des charges déterminant les caractéristiques du service. L'avis de la préfecture est rendu sur la base de l'évaluation effectuée par la Direction Départementale du Travail et de la Formation Professionnelle.

L'autorité de régulation intervient également pour évaluer les besoins. Les équipes médico-sociales du département évaluent les besoins de la personne âgée et détermine le plan d'aide. Ce dernier est le cadre opérationnel de la prestation. Il est construit sur la base d'une grille d'évaluation appelée Grille Aggir (encadré 1, chapitre I). Le plan d'aide détermine la nature des besoins que le prestataire doit traiter, le volume et la fréquence des prestations. Sur le plan financier, le plan d'aide évalue le coût des prestations, le montant de l'allocation dont bénéficie l'utilisateur et éventuellement la participation financière de ce dernier. Ainsi, l'institution de régulation et les financeurs s'impliquent directement et de manière très active dans la définition du contenu du service.

1.1.2.2. Le rôle des financeurs

Le financeur de l'aide à domicile est souvent confondu avec l'institution de régulation. Le département est le principal financeur de l'aide à domicile aux personnes âgées. Il solvabilise les besoins des personnes âgées à travers l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et participe au financement des projets des organisations prestataires (formation, modernisation, etc.). Il édicte également les règles de concurrence en intervenant directement sur le marché (conventionnement) ou en passant par d'autres institutions de régulation. L'autorisation est accordée par le CROSM (Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale) et l'agrément par la préfecture du département. La loi de modernisation de l'action sociale (loi 02-2002) accorde au Département un plus grand rôle dans la régulation tarifaire de l'aide à domicile. Jusqu'à présent, celui-ci rembourse un tarif unique à l'ensemble des prestataires. Ce tarif est fixé en considération du coût réel du service et du pouvoir d'achat des personnes âgées. Dans ce cas précis, le Département se substitue à la loi « naturelle » de l'offre et de la demande en intégrant la dimension de justice sociale dans la formation du prix. Depuis deux ans, un mode de tarification est mis en place. Désormais, le département fixe trois tarifs correspondant à trois types de prestations de service définis selon les qualifications du personnel intervenant. Cette évolution du mode de tarification aura pour effet l'amélioration de la qualité du service au bénéfice des personnes âgées. La Caisse Nationale

d'Assurance Vieillesse (CNAV) et les mutuelles sont également des acteurs de plus en plus importants dans le financement de la demande. Le nombre de personnes âgées prises en charge intégralement ou partiellement par ces financeurs ne cesse d'augmenter. À l'instar du Conseil Général, ces financeurs de l'assurance sociale édictent leurs propres règles par le conventionnement des prestataires et la fixation des tarifs.

Le rôle des financeurs ne se limite pas seulement à solvabiliser la demande mais se confond généralement avec le rôle de régulation. Non seulement ils participent à la définition du cadre réglementaire du marché mais exercent aussi un contrôle sur l'utilisation du financement afin de limiter les comportements de « passager clandestin » et les « effets d'aubaine » fortement présents dans l'aide à domicile. Cette mission peut être exercée d'une manière directe par ces financeurs eux-mêmes ou indirectement en passant par les institutions de régulation.

1.1.2.3. Le rôle des intermédiaires

Les intermédiaires sont également impliqués dans la définition des besoins et donc du service. Dans certains endroits, notamment ruraux, l'évaluation des besoins est effectuée par le médecin traitant et non pas par les équipes médicosociales du département. L'évaluation s'appuie sur une même méthode, la grille Aggir en l'occurrence. Notons au passage que cette grille laisse des zones d'ombre dans l'évaluation permettant ainsi une grande part de subjectivité. Comme le constate l'INSERM¹⁰⁸, l'utilisation de la grille est source de nombreuses erreurs dans la reconnaissance du niveau de dépendance (Henrard, 2002). Une modification mineure d'une seule variable de la grille peut déclasser une personne d'un niveau élevé de dépendance vers un niveau inférieur. Ce constat met en lumière le rôle des agents intermédiaires (médecins et gérontologues) dans la définition du contenu du service.

L'intermédiation peut également concerner la mise en relation entre l'utilisateur B et le prestataire A ou l'employé E. Les associations intermédiaires par exemple mettent à la disposition des particuliers employeurs ou des organismes prestataires, des personnes en insertion professionnelle. Il s'agit de prêt de main d'œuvre bien que l'association intermédiaire soit l'employeur direct de ces personnes. Là encore, l'intermédiation joue un rôle dans la constitution de l'offre, donc du service. On peut citer plusieurs exemples et types d'intermédiation. Le but n'est pas de faire un recensement exhaustif des pratiques. Nous voulons seulement montrer le rôle de ces intermédiaires dans la relation de service et dans la constitution¹⁰⁹ du service.

¹⁰⁸ Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale.

¹⁰⁹ Par constitution du service nous voulons entendre la définition pratique de ce que c'est le service.

Ces différentes relations entre une multitude d'acteurs de nature différente et animés par des logiques parfois contradictoires, montrent que la relation de service est une construction sociale très large qui dépasse le simple accord entre l'utilisateur et le prestataire. La définition du contenu du service subit donc des tensions permanentes pouvant affecter la stabilité de la relation de service. Ce qui laisse entendre que la définition du service requiert un consensus global entre l'ensemble des acteurs.

1.2. Les ordres de justifications dans la relation de service

Comme nous l'avons montré plus haut, la relation de service est un ensemble d'interactions entre une multitude d'acteurs économiques et institutionnels. En ce sens, la relation de service fonctionne selon une logique de partenariat. Si le but final est l'amélioration du mieux-être des personnes âgées dépendantes vivant à domicile, les démarches et les logiques de fonctionnement pour y parvenir sont multiples. La diversité de ces acteurs peut être source d'incompréhensions et de tensions.

1.2.1. Une relation construite sur des ordres de justification multiples

Dans la section précédente nous avons montré la problématique de définition du service. L'analyse est volontairement portée sur le contenu du service et non pas sur les comportements des différents acteurs. L'exercice est difficile dans la mesure où le contenu du service est indissociable des caractéristiques intrinsèques de celui qui preste le service (le prestataire et/ou l'employé de celui-ci). Le déploiement de la relation de service nécessite donc un compromis entre les différents acteurs. Ce compromis est socialement construit. Telle était la conclusion de la section précédente.

En introduisant la nature des acteurs et les logiques qui animent leurs actions, nous voulons montrer toute la complexité de cette relation et les difficultés inhérentes à l'émergence du compromis. La relation de service d'aide à domicile aux personnes âgées est nécessairement temporelle. Sa stabilité dans le temps dépend de la capacité des acteurs à entretenir le compromis. Ce dernier peut être rompu quand les intérêts réciproques ne convergent plus. Cela suppose que l'intérêt de chacun est lié à celui des autres. Mais de quel intérêt parle-t-on dans la relation d'aide à domicile ? Pour répondre à cette question nous interpréterons l'aide à domicile du point de vue du « modèle des économies de la grandeur » (encadré 12). Appliqué à notre sujet, ce modèle permet de souligner les différentes conceptions du service d'aide à domicile, et à travers ces différences, la multiplicité des ordres de justifications de l'action. Autrement dit, si le marché fonctionne avec des conventions, la diversité des logiques d'action se traduit par la diversité des conventions.

Encadré 12. Le modèle des « économies de la grandeur »

Le modèle construit par Boltanski et Thévenot (1991) sert à définir une « grammaire commune » pour comprendre ce qui est juste dans la société occidentale actuelle. Six modes (registres) de justifications publiques ou conceptions de la Cité « juste » ont été repérés par Boltanski et Thévenot. Chaque Cité établit une façon différente de mesurer la grandeur des personnes (ce qui est appelé aussi principe d'équivalence), d'où la notion « d'économies de la grandeur ». Il s'agit des principes de justification :

- Civique : équité, justice, intérêt collectif, solidarité, déontologie professionnelle, etc.
- Industrielle : spécialisation, compétences, qualifications, division du travail, etc.
- Domestique : confiance, coutumes, habitudes, « savoir vivre », « savoir faire », etc.
- Par l'opinion : information, média, relations publiques, etc.
- Marchande : prix, rentabilité, profit, contractualisation, etc.
- Inspirée : valeurs morales, croyances, activités de création, etc.

Selon les auteurs, ces principes de justice sont constitués historiquement. Ils ont ensuite acquis une extériorité par rapport aux acteurs, ce qui leur permet de ne plus être soumis à discussion et d'apparaître comme des références indiscutables. Ils sont étayés par des objets qui les incarnent et les rendent manipulables par les acteurs. Ces objets permettent aux acteurs de solliciter un registre de justification pour agir et pour évaluer l'action. Selon les contextes et selon la nature de l'action, chaque acteur peut solliciter tel ou tel registre de justification. On peut donc se trouver dans des situations où les justifications se confrontent et peuvent créer des conflits. C'est ce que les auteurs appellent « l'épreuve de réalité ». La coordination dans ce cas est difficile.

Il existe des « principes supérieurs communs » qui peuvent être invoqués pour transcender les conflits. Sur la base de ces principes, les acteurs peuvent conclure des accords permettant leur coordination. Mais ces principes sont mis à contribution uniquement lorsque la situation est d'un haut niveau de généralité. Par exemple solliciter le principe de la république pour asseoir le caractère juste d'une loi. En revanche, dans des situations plus courantes, des compromis ou des arrangements sont nécessaires pour se coordonner. Ce sont les « objets conventionnels » qui sont sollicités pour que le compromis puisse intervenir.

1.2.2. La pluralité des ordres de justifications

Les actions des acteurs se déploient dans un univers pluraliste du point de vue des principes de justification (cf. encadré 12). Chaque individu justifie son action par référence à un principe. Des conflits peuvent émerger quand un contrat ou une relation réunit plusieurs acteurs et quand chacun justifie son action à travers un principe différent. Comme le note Jean Gadrey (1994), la pluralité des registres d'action est source d'ambiguïté dans l'évaluation du résultat de la prestation et source de tensions entre les individus. La prise en charge des personnes âgées à leur domicile peut être perçue différemment selon que l'acteur justifie son action à partir d'un principe ou d'un autre. Pour les pouvoirs publics, la solidarité collective ou encore le bien-être collectif et l'harmonie sociale sont des grandeurs appartenant au registre civique. Pour la famille de la personne âgée, l'aide professionnelle consiste à remplacer ou à relayer le travail domestique effectué par le parent. Elle relève du registre domestique. Cette conception de l'aide peut être la même pour la personne aidée. L'utilisateur se réfère souvent à des habitudes acquises dans sa vie privée domestique pour recommander à l'employé une « manière de faire les choses ». Mais sa conception de l'aide peut également s'inspirer du registre marchand ou civique dans la mesure où elle se

considère comme consommateur du service. Pour le prestataire, l'aide à domicile est d'abord une prestation de service pour un client. Il doit gérer la relation avec le client selon le registre marchand et la relation d'emploi selon le registre industriel. L'employé de son côté exécute des tâches définies par le prestataire à partir des principes industriels et marchands, autrement dit, les règles professionnelles définies par l'organisation et par la convention collective. Mais, la relation avec l'usager est une relation entre un aidant et un aidé, fragile de surcroît. La relation de l'aide est souvent marquée par les valeurs comme la sympathie, la confiance ou des valeurs morales (justification inspirée) qui peuvent être en contradiction avec les règles définies par le contrat de travail.

On voit bien que les actions des acteurs de la relation de service peuvent se justifier de manière totalement différente selon qu'on met en avant un principe ou un autre. La rencontre de ces différentes conceptions autour d'un même objet, qui est la prise en charge des personnes âgées, peut produire des conflits entre les acteurs. Ces conflits apparaissent au moment de l'évaluation de la relation de service.

De plus, un même acteur peut être amené à vivre un conflit intérieur lorsqu'on aborde une action sous deux registres différents. C'est le cas de l'employé d'aide à domicile par exemple. Comme cela a été souligné précédemment, l'employé intervient en exécutant des tâches *a priori* définies par son contrat de travail. Mais le temps de la prestation de service (l'épreuve de réalité chez Boltanski et Thévenot), est un moment où surgissent d'autres principes de justification. Le travail exécuté souvent déborde du cadre défini par le contrat. Il s'agit d'une aide en termes de temps, d'écoute ou d'un travail manuel supplémentaire qu'il apporte volontairement. Ce supplément de service peut être justifié par l'employé non pas en se référant au cadre professionnel mais à des valeurs civiques ou domestiques. Sur ce sujet, l'enquête effectuée auprès des salariés¹¹⁰ révèle qu'une majorité d'employés d'aide à domicile (58%) effectue un travail supplémentaire ne concordant pas avec les consignes de la profession¹¹¹. Une partie d'entre eux (20%) le font d'une manière régulière. Les raisons invoquées par les employés relèvent des valeurs comme la « solidarité » envers les personnes dépendantes ou du registre émotionnel comme « l'affection », « la compassion » ou « l'amitié ».

Ce conflit interne peut être vécu par les autres acteurs. L'exemple le plus illustratif est celui d'un individu qui est à la fois un administrateur chargé de réguler l'aide à domicile dans son département et un bénévole dans une association d'aide à domicile. Le témoignage du responsable de l'action sociale du département de l'Isère à propos de sa gestion de l'offre locale est édifiant : « *Il m'arrive de prendre des décisions qui*

¹¹⁰ Enquête effectuée dans le cadre de la recherche sur les services relationnels en Europe coordonnée par l'ORSEU et financée par la DG-Recherche de la Commission Européenne (cf. Messaoudi, Farvaque et Yonnet, 2006).

¹¹¹ La question posée est : « vous arrive-t-il d'effectuer des travaux qui ne sont pas inscrits dans le cadre des tâches définies par votre contrat de travail ? ». Sur les 515 employés (prestataires et mandataires) ayant répondu à la question, 299 ont répondu par l'affirmatif.

ne sont pas vraiment en cohérence avec mes principes, mais c'est mon métier... je privilégie la voie de concertation avec les acteurs pour trouver des solutions qui arrangent tout le monde, mais quand les désaccords sont profonds, il faut agir, et c'est à moi de le faire ...» (Conseil Général de l'Isère).

La confrontation entre deux conceptions différentes conduit à privilégier un ordre de justification au détriment d'un autre. Cependant, quand l'action est lourde de conséquences, l'individu se trouve dans une indicibilité totale. Le témoignage du responsable de l'action sociale du département de l'Isère montre la capacité des acteurs à dépasser l'immobilisme dû à la confrontation des ordres de justification. Cette capacité s'établit à travers le recours au « grands » selon la conception de Thévenot et Boltanski. Dans le cas du responsable de l'action sociale du Département de l'Isère, le recours à la responsabilité légale que lui confère sa mission permet de trancher même si sa décision peut être en contradiction avec ses principes civiques. C'est le cas par exemple quand il s'agit de conditionner le financement qu'il accorde aux associations de son département à une gestion rigoureuse des ressources humaines. L'autorité départementale dans ce cas est un instigateur du compromis entre les acteurs même si ceux-ci sont en conflit.

1.2.3. Les difficultés à coordonner les actions sous un registre unique

Dés lors que les actions sont abordées à partir de registres différents, de profondes incompréhensions entre les acteurs apparaissent. Lorsqu'elles atteignent leurs formes les plus radicales, elles créent des conflits qui peuvent menacer la stabilité de la relation. De pareilles situations sont courantes dans la vie économique. Les acteurs résolvent ces conflits en s'entendant sur un compromis ou un accord commun. Comme les auteurs du modèle de l'économie de la grandeur le soulignent, il faudrait solliciter un principe supérieur commun qui permet de transcender les différences. Voici quelques exemples illustratifs de ces situations dans l'aide à domicile. Il s'agit du jeu de la concurrence entre le secteur marchand et non marchand, des ambiguïtés dans la relation salariale et le poids du travail volontaire dans l'évaluation du résultat de la relation.

1.2.3.1. La concurrence entre le secteur marchand et non marchand : confrontation entre les registres industriel et marchand et le registre civique

Dés lors que le service est insuffisamment constitué au sens que donne André Orléan au contrat d'échange, la concurrence entre les différents prestataires est l'objet d'intenses tensions « stratégiques ». Ces tensions conduisent à dénaturer les règles de la concurrence. Comme nous l'avons souligné dans les premiers chapitres, l'offre des services d'aide à domicile est constituée d'une multitude de prestataires à statuts juridiques différents. L'offre associative partage des valeurs qui ne sont pas identiques à celles de

l'offre marchande. L'évolution des contraintes de la concurrence depuis quelques années a fait émerger de nouvelles contraintes pour l'ensemble des offreurs. Nous constatons que les associations intègrent de plus en plus des principes industriels et marchands telle que la division du travail et la recherche de la rentabilité. Mais, les principes civiques et domestiques consubstantiels à leur identité sont fortement présents, voire même dominants dans la conception de leurs actions. A contrario, les principes marchands et industriels sont les plus mobilisés par les entreprises commerciales par rapport aux autres principes. En quoi la confrontation entre les deux conceptions peut poser un problème et pour qui ? L'utilisateur-client est le premier acteur concerné. La personne âgée est en face d'un choix où le service vendu est identique mais conçu différemment. L'évaluation de la qualité du service sera nécessairement contestée dès lors que l'utilisateur n'aborde pas le service du même registre que l'offreur. *« Ce qui intéresse les entreprises commerciales c'est uniquement la rentabilité en cherchant des personnes solvables, alors que les associations mettent la personne au centre de leurs intérêts »* (animateur du réseau Sydo). Ce discours met en évidence la confrontation entre les justifications civiques et marchandes. Pour que l'utilisateur et l'offreur se mettent d'accord sur les règles de l'évaluation, un accord préalable sur la conception du service est donc nécessaire.

Par ailleurs, un autre discours que l'on peut opposer au premier peut être porteur d'autres valeurs : *« à l'inverse des associations, la démarche des entreprises commerciales n'est pas archaïque, elles font des efforts pour professionnaliser leurs employés et améliorer la qualité des services »* (gérant d'une entreprise commerciale Âge d'or Nord). La qualité et le professionnalisme du privé à but lucratif est donc ici mis en avant. L'appréciation de ces dimensions « industrielles » ne devra pas être confrontée à d'autres dimensions contraires importées des autres registres de justification : la standardisation des prestations. *« Une tendance dangereuse s'installe dans l'aide à domicile : le travail à la chaîne. C'est dangereux dans le sens où les personnes âgées sont considérées comme des objets manipulables et les employés comme des machines »* (directrice de l'association Cedre).

Ces conceptions différentes du service d'aide à domicile révèlent l'existence de plusieurs types de coordination. Elle se traduit dans la pratique par une multiplicité de conventions de qualité (Eymard-Duvernay, 1989). Un service conçu avec une logique industrielle, marchande ou domestique dominante est un service de qualité différente. La logique industrielle met l'accent sur l'efficacité du travail de l'employé, autrement dit exécuter le travail demandé en un temps réduit. La logique marchande fait valoir la démarche commerciale, autrement dit la possibilité de payer un prix différencié selon la qualité fournie. Enfin, la logique domestique s'appuie sur des valeurs telles que la confiance, l'écoute, le respect, etc. Bien évidemment, ces logiques ne sont pas exclusives. Une organisation peut concevoir le service en sollicitant ces trois principales logiques. Ce qu'il faut retenir, c'est la domination d'une au détriment des deux autres, notamment quand il s'agit d'évaluer la qualité du service.

1.2.3.2. Un accord tacite sur l'évaluation du service et sur la coordination

Ces conceptions qui s'affrontent sur le marché aboutissent à des incertitudes sur l'évaluation de la qualité. Pour que l'évaluation soit crédible, la règle doit être la même pour tous les acteurs sur le marché. Se pose alors le problème du choix des critères et le compromis sur ces derniers. Les autorités de régulation comme les intermédiaires (cf. la figure n° 11) sont des institutions qui peuvent assurer l'évaluation et le contrôle. Par ailleurs, la rencontre entre la demande et un type d'offre (marchande ou non marchande par exemple) s'effectue selon que la personne âgée adhère à telle ou à telle autre conception du service. On peut dire qu'il s'agit d'une coordination par des valeurs et non seulement par des mécanismes traditionnels de marché.

Une relation de service se déroule effectivement en mobilisant une grandeur donnée servant de base à l'évaluation. Dans la coordination marchande c'est souvent l'efficacité qui est mise en avant. Dans la coordination par les principes civiques par exemple, les valeurs comme l'équité et l'éthique servent de base à l'évaluation. Ces valeurs une fois reconnues de part et d'autre deviennent des références génériques à l'évaluation du résultat de la relation. Au sein de chaque monde, marchand et non marchand, des compromissions sur les logiques d'intervention sont possibles dès lors que ces références sont admises. Nous retrouvons la logique marchande dans le secteur non marchand sans pour autant qu'elle dénature l'identité des organisations du tiers secteur. Les usagers acceptent l'importation des procédés industriels et marchands dans le tiers secteur si leur adoption ne dénature pas la logique associative fondée sur des valeurs propres à ce secteur.

Ces compromis consistent à « dépasser la tension critique entre deux mondes en visant un bien commun qui ne relèverait ni de l'un ni de l'autre, mais qui les comprendrait tous les deux » (Boltanski et Thévenot, 1991, p. 177). On peut donc dire que dans l'aide à domicile l'identité de l'organisation prestataire définie par des valeurs auxquelles adhèrent un groupe d'usagers et un groupe de prestataires, constitue un *bien commun* qui dépasse les tensions entre la logique marchande et non marchande. Il s'agit d'un compromis fondé sur des valeurs partagées.

1.2.3.3. La relation de travail : confrontation entre le registre domestique et civique et le registre industriel et marchand

La relation salariale est particulièrement typique dans l'aide à domicile. L'action de l'employé se situe à mi-chemin entre le prestataire et l'utilisateur. Il entretient une relation d'intervenant social avec l'utilisateur et une relation de salarié avec le prestataire. Dans la première, l'employé agit selon la déontologie médico-sociale et selon l'éthique de ce métier. Il doit par exemple traiter les besoins les plus urgents même si sa mission du jour consistait à faire autre chose. L'éthique lui impose donc de lister les priorités à chaque

visite et apporter des réponses adaptées à la situation. D'un autre côté, l'utilisateur exige souvent que le travail soit effectué selon les habitudes acquises dans la vie privée. Or, cette conception du travail peut être totalement différente de ce qui est professionnellement admis, ce qui est source de tensions comme l'illustre ce témoignage :

« La première fois quand je suis intervenue chez madame xx, j'étais surprise par sa façon d'effectuer l'entretien de sa maison. Elle veut que je nettoie d'abord les pièces et par la suite le grenier. Je lui ai expliqué qu'il serait plus efficace de commencer par le grenier et descendre vers les pièces de la maison. Comme elle ne veut pas bousculer ses habitudes, le résultat, je fais un double travail et plus vite puisqu'il ne faut pas dépasser les deux heures du contrat » (Salariée de l'association Cedre).

Suivant cet exemple, l'intervention de l'employé est formellement prédéfinie à partir du contrat de travail mais en pratique, il est essentiellement modifié par des règles appartenant au registre civique et parfois domestique.

Dans la seconde relation, l'action de l'employé est cadrée par le contrat de travail et à une échelle plus large par la convention de branche. Ces deux règles professionnelles définissent le champ d'intervention du salarié en fonction des compétences exigées et de la nature du travail à effectuer. L'action ne doit pas sortir de ce champ défini à partir du registre industriel. Dans certaines situations, le salarié se trouve prisonnier de la confrontation entre les différents registres de justification. Par exemple, la convention collective stipule que l'employé non qualifié doit intervenir uniquement sur les objets et jamais sur la personne aidée elle-même (aide à la toilette par exemple). Pourtant, l'interdiction est très souvent transgressée comme l'illustre ce témoignage : *« une personne dépendante que vous considérez quelque part comme un parent, par quel principe pouvez vous lui refuser une aide ? »* (Employée de l'association ADAR). Dans d'autres situations, l'intervention est à la limite entre le devoir et l'interdit. En cas d'urgence sanitaire (chute de la personne âgée par exemple), l'employé est devant un dilemme : le devoir d'assistance à personne en danger et l'interdiction de manipuler le corps de la personne aidée comme le stipulent son contrat de travail. Le respect des valeurs humaines inscrites dans plusieurs chartes est un autre exemple illustratif de la confrontation entre plusieurs registres. Par exemple, le devoir d'écoute des personnes âgées peut se heurter à l'obligation contractuelle du salarié à ne pas dépasser la durée du contrat de la prestation et à la contrainte économique des organisations à rationaliser les interventions de leurs salariés.

Un certain nombre d'actions sont donc interdites dans le registre industriel à partir duquel l'intervention professionnelle est conçue. Du point de vue du registre civique, domestique ou inspiré, ces actions sont tolérées, voire même intégrées par l'employé comme un devoir vis-à-vis de la personne âgée. Pourtant l'employé doit agir. Sur quel support peut-il s'appuyer pour dépasser ces situations ?

Nous avons évoqué plusieurs principes qui peuvent guider l'action de l'employé. Lorsque la situation est critique dans le sens où le résultat de l'action peut produire de lourdes conséquences, l'employé peut privilégier un principe pour agir. Cette décision est aussi facile à prendre quand c'est la responsabilité civile et « contractuelle » du prestataire qui est engagée. Aux yeux de la Loi, les employeurs sont civilement responsables des éventuels accidents au domicile de la personne âgée. D'ailleurs, certaines organisations ont recours à une assurance spécifique couvrant les dommages résultant de l'intervention de l'employé. Lorsque le conflit porte sur la justification d'une action contradictoire à ce qui est défini dans le contrat de travail, l'employé peut prendre une initiative en modifiant les termes de sa mission. Il peut juger par exemple que les besoins prioritaires à prendre en charge sont totalement différents de ce qui est décidé avec l'employeur. Néanmoins, le règlement interne à l'organisation peut prévoir une certaine autonomie de l'employé qualifié lui permettant d'adapter quotidiennement les priorités à traiter. Dans ce cas, les principes déontologiques et éthiques peuvent être déployés facilement. En revanche, pour les employés non qualifiés, le règlement intérieur leur interdit *stricto sensu* toute modification de la nature de l'intervention.

Le règlement intérieur est donc un cadre commun qui définit les relations de travail à l'intérieur de l'organisation et au sein du domicile de la personne aidée. Il est conçu à travers une négociation associant les salariés ou leur représentant et la direction de l'organisation. Les règles qu'il contient sont à la fois issues du cadre conventionnel de la profession (accord de branche), du cadre juridique (les Lois) et des valeurs constitutives de l'organisation (chartes, appartenance à un groupe corporatiste, affiliation idéologique ou morale, etc.). Il s'impose à tous comme une règle hiérarchisant les principes de justification (Thévenot, 1989). Selon les situations, elle peut consacrer la domination de la relation salariale sur la relation domestique entretenue par le salarié avec l'usager, ou tolérer une entorse à cette domination en accordant une autonomie d'action à l'employé. Dans la pratique, cette hiérarchisation des registres d'intervention est dictée sous forme d'un livret d'accueil transmis aux salariés leur indiquant clairement leur champ d'intervention au domicile de la personne âgée. Le livret est également transmis aux personnes âgées pour les informer du rôle de l'intervenant et de ses missions. Tout travail effectué en dehors du champ défini par le règlement peut être considéré comme un travail volontaire hors contrat. Dans ce cas, la responsabilité du prestataire n'est plus engagée vis-à-vis du résultat de leurs actions. L'usager et le salarié assument seules les conséquences de la relation domestique.

1.2.3.4. La place du travail volontaire dans l'évaluation de la qualité

Le travail volontaire effectué par l'employé révèle toute la complexité des relations professionnelles dans l'aide à domicile. Très souvent l'employé entretient une relation affective avec l'usager. Dans ce cas,

l'aide domestique (familiale) et l'aide professionnelle apportée par le même individu peuvent se confondre. Pourtant les employeurs insistent sur la séparation entre les deux types d'aide. D'autre part, ils insistent sur les qualités relationnelles que l'employé doit déployer pour faciliter la relation de service et améliorer la qualité. Ceci conduit forcément à rechercher la sympathie chez la personne aidée. Comment établir de la distance vis-à-vis de l'usager client et en même temps rechercher sa sympathie ? Les professionnels de ces services parlent de l'empathie nécessaire pour résoudre ce problème : « *chaque employé doit trouver la bonne distance, une sorte d'équilibre entre les relations privées et les relations professionnelles* » (animatrice du réseau Sydo). Puisque chaque personne aidée est un cas différent, c'est donc à l'employé d'intégrer dans sa démarche la recherche de la « bonne distance » afin d'apporter une aide individualisée. Une aide qui intègre forcément une dimension domestique et une dimension professionnelle. Soulignons deux faits importants : la démarche implique la participation de l'usager dans la construction de l'aide et la dimension domestique repose essentiellement sur la volonté de l'employé. Dans ce cas, une partie de la prestation sort du cadre professionnel. Peut-on demander à l'employé de dissocier l'aide volontaire domestique de l'aide professionnelle dans ce cas ? On peut supposer que l'employé dissocie le service en deux temps : le temps professionnel et le temps civique ou domestique. Dans le premier temps, il exécute les tâches définies conjointement entre l'usager, la famille et le prestataire ; lesquelles tâches sont inscrites dans le contrat de prestation et le contrat de travail. Dans le second temps, il peut déployer une relation « informelle » qui lui permet de convoquer des valeurs autres que professionnelles : l'affection, l'attachement, la sympathie, le devoir moral, etc. Mais la frontière reste ambiguë surtout du côté de la personne âgée. Cette ambiguïté peut créer des difficultés de coordination. Comme le fait remarquer Olivier Godard « *C'est aux frontières entre ordres différents que se manifestent les tensions les plus vives, puisque le basculement d'un ordre sur l'autre peut bouleverser complètement les hiérarchies de valorisation* » (Godard, 2004. p. 134). En effet, si pour une quelconque raison l'employé décide de mettre un terme à l'aide volontaire ou diminuer son volume, cela peut être interprété par l'usager ou sa famille comme un manquement à ses devoirs de professionnel. C'est parce que le travail volontaire est perçu comme une partie intégrante du service que tout changement perceptible dans la manière de produire le service peut être préjudiciable à l'évaluation du résultat de la relation. En ce sens, le contenu du service évolue de sa forme définie dans le registre marchand vers une nouvelle forme qui associe plusieurs registres.

Dans cet exemple, nous avons retenu uniquement la relation entre l'employé, l'entreprise et l'usager. Nous pouvons citer plusieurs exemples illustrant l'entrecroisement des ordres de justification de l'action et les conflits qu'il génère. Quand la situation est qualifiée dans un ordre de justification unique de la part de tous les acteurs, alors la coordination s'effectue sans difficultés. Il s'agit d'une situation bien constituée dans le sens de Boltanski et Thévenot. En revanche, quand une « *situation informelle, contingente, met en présence de façon fortuite des êtres hétérogènes ; elle ne dispose pas de procédures de coordination préétablies aptes à résoudre les différends ou les problèmes* » (Godard, op.cit. p. 135).

En présence des tensions dans la relation de service, comment peut-on évaluer le résultat de cette relation ? Le modèle des économies de la grandeur suppose des passerelles entre les différents ordres de justification permettant de dépasser ces tensions. En effet, lorsque la situation est contingente, des arrangements sont nécessaires. La solution la plus aboutie est l'émergence d'un compromis qui réunit plusieurs mondes à travers « un bien commun ». Dans la relation d'aide à domicile, les acteurs peuvent se mettre d'accord sur un support d'évaluation qui transcende les controverses. Une grille d'évaluation peut apparaître alors comme un « bien commun » permettant un compromis. Mais dans la réalité, l'évaluation reste toujours le moment de l'éclatement des controverses à cause de la fragilité du compromis.

2. LA QUALITÉ DANS L'AIDE À DOMICILE : DIFFÉRENCES ET ENJEUX

Quand on demande aux usagers d'évaluer la qualité de la prestation, ils font généralement référence à la qualité du travail de l'employé. Le professionnalisme de l'employé mais aussi ses qualités « humaines » et « sociales » sont souvent mises en avant dans l'évaluation. La qualité du service est composite, intégrant à la fois les qualifications professionnelles et les qualités relationnelles de l'employé (Gadrey et al., 2003, Gounouf, 2002). Par ailleurs, quand on évoque la multiplicité et l'évolution de leur besoins, c'est la qualité de l'organisation prestataire qui est évaluée par les usagers. Le professionnalisme, la diversité des services, la réactivité aux besoins, l'adaptabilité de la qualité, la continuité des services sont des dimensions de la qualité que les usagers mettent en avant pour évaluer leur prestataire. Cet ensemble de qualités peut être désigné par la notion de la qualité totale ou globale de l'organisation (Deeming, 1996, Juran, 2002). Cette notion constitue d'ailleurs le fondement des labels de qualité comme la norme NF services à la personne ou la certification Qualicert.

Pour comprendre le contenu de la qualité dans l'aide à domicile et son implication sur la structuration de l'offre, il est utile de distinguer la qualité totale de l'organisation et la qualité du service. Cette distinction sémantique reflète la structure même de l'offre. Elle renvoie à la distinction entre la qualité sur le marché des organisations prestataires et celle du marché de services non-structurés (offre des employés familiaux dite de gré à gré). Dans ce point, notre but est de mettre en lumière *l'apport de la notion de la qualité totale de l'organisation dans la compréhension des choix des personnes âgées*. D'abord, nous clarifions les différences entre la qualité du service et la qualité de l'organisation. L'analyse du comportement de la personne âgée exposée dans le deuxième point ouvre une perspective d'une approche dynamique de ses choix. Le lien entre l'évolution des besoins et la qualité totale nous conduit à proposer la notion de qualité dynamique des organisations. Dans le troisième point, nous montrerons que le marché dans l'aide à domicile se caractérise par une différenciation réelle des qualités dynamiques, mais que ces différenciations sont invisibles pour les usagers.

2.1. La notion de qualité dans l'aide à domicile

La qualité du service d'aide à domicile peut être identifiée au résultat du travail de l'employé mais aussi à la qualité de l'organisation prestataire. La qualité du service est évaluée sous deux angles différents : les compétences professionnelles et relationnelles de l'employé et la capacité de l'organisation à assurer une certaine régularité de la qualité des prestations. Cette distinction entre deux moments d'évaluation de la qualité nous semble importante pour comprendre le choix des personnes âgées. En effet, la personne âgée

choisit-elle son prestataire au regard de la qualité de ses employés ou par rapport à l'image que renvoie l'organisation prestataire ? Il semble que le choix dépend d'abord de la réputation du prestataire. Il s'ensuit un moment d'évaluation de la qualité de l'employé au terme des premières prestations. Suite à cette première évaluation ou à l'évolution des besoins de la personne âgée, une troisième évaluation est effectuée et qui concerne la qualité d'adaptation de l'organisation prestataire. Ce processus d'évaluation en trois moments différents n'est pas linéaire. Chaque évaluation peut être influencée par le résultat des autres évaluations. En effet, même si la qualité adaptative est jugée insuffisante, pour autant la personne âgée peut reconduire le contrat de prestation si elle est satisfaite du travail effectué par l'employé. En ce sens, la qualité du service d'aide à domicile est l'objet d'une construction à plusieurs niveaux.

2.1.1. Les différentes qualités dans l'aide à domicile

Pour une meilleure définition de la qualité dans l'aide à domicile, il est nécessaire de distinguer entre deux notions : la qualité du service et la qualité totale de l'organisation. La première notion renvoie au résultat de la relation de service pouvant être constaté. La seconde renvoie à l'ensemble du processus conduisant au résultat.

2.1.1.1. La qualité du service comme résultat immédiat de la relation

Selon la définition de l'Iso (International Organization of Standardization), la qualité d'un produit est « l'ensemble des propriétés et des caractéristiques d'un produit, d'un processus ou d'un service qui lui confèrent son aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites » (Afnor-Afaq). Dans l'aide à domicile aux personnes âgées, la qualité du service est indissociable des compétences de l'employé. Deux types de compétences sont à distinguer : les compétences professionnelles et les compétences relationnelles.

2.1.1.1.1. Les compétences professionnelles

Les qualités professionnelles renvoient au niveau de qualification des intervenants. Les diplômes et les titres professionnels reconnus dans la branche sont des indicateurs de cette qualité. La classification des emplois selon le niveau du diplôme est une tentative de qualification du service. L'accord de branche de mars 2002 institutionnalise cette classification en définissant les emplois en fonction du niveau de qualification et de la nature des missions et des responsabilités qui lui sont associées. Ainsi, cet accord

distingue cinq catégories d'intervenants au domicile des personnes âgées (A, B, C, D et E). Les trois premières catégories représentent la grande majorité de l'emploi de l'aide à domicile, soit environ 91%¹¹².

Tableau 9. La classification des emplois de l'aide à domicile selon les qualifications professionnelles

Catégorie d'emploi	Qualifications et niveau de formation selon la NNF*	Principales missions et responsabilités
A.1. Agent à domicile A.2. Agent polyvalent	Niveau de scolarité obligatoire et/ou expérience individuelle de la vie quotidienne (<i>Niveau V de la NNF</i>)	Travaux courants d'entretien de la maison et assiste la personne dans des démarches administratives simples.
B. Assistant de vie (Employé à domicile)	Diplôme de niveau IV reconnu dans la branche (<i>Niveau IV</i>)	Aide les personnes dans la vie quotidienne et dans les actes essentiels de la vie quotidienne
C.1. Auxiliaire de vie sociale	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) (<i>Niveau V</i>)	- aide à la mobilité, aide à la toilette, aide à l'alimentation... - aide à la réalisation des courses, aide aux repas, travaux ménagers - stimule les relations sociales, accompagne dans les activités de loisirs - participe à l'évaluation des besoins, adaptation et coordination des services
C.2. Aide médico-psychologique	Certificat d'aptitude à la fonction d'aide médico-psychologique (CAFAMP) (<i>Niveau V</i>)	- soins d'hygiène, de confort, activités motrices, etc. - activités éducatives - insertion des personnes âgées dans la vie sociale et relationnelle. - participe à la prévention et à la sécurité de la personne.
C.3. Aide soignant(e)	Diplôme professionnel d'aide soignante (DPAS). (<i>Niveau V</i>)	- soins d'hygiène, de confort et des soins préventifs - participe à l'identification des besoins de la personne, leur évolution et la coordination des services.
D.1. Technicien d'intervention sociale et familiale	Diplôme de technicien d'intervention sociale et familiale (TISF) ou de certificat de travailleuse familiale. (<i>Niveau IV</i>)	Soutien éducatif, technique et psychologique dans les actes de la vie quotidienne et dans l'éducation auprès de publics fragilisés (famille, enfant, personne âgée ou handicapée)
E.1. Infirmier	Diplôme d'Etat d'infirmier (<i>Niveau III</i>)	- analyse, organise, réalise les soins infirmiers et les évalue. - protège, maintient, restaure et promeut la santé physique et morale des personnes en vue de favoriser leur maintien dans leur cadre de vie familial ou social.

* Nomenclature des niveaux de formation.

Source : adapté de l'accord de branche de l'aide à domicile relatif aux emplois et aux rémunérations (signé le 29 mars 2002), Ministère de l'éducation nationale, Commission Nationale de la Certification Professionnelle.

Cette classification offre aux acteurs trois grilles d'interprétation :

1. Entre l'employeur et l'employé : la classification définit les responsabilités contractuelles de l'employé et les compétences nécessaires pour assumer ces responsabilités.
2. Entre le prestataire et l'utilisateur : la classification permet de s'accorder sur les niveaux de qualification adéquat aux niveaux de besoins exprimés.
3. Entre l'utilisateur et l'employé : étant donné que les activités de l'aide à domicile recouvrent un périmètre très large, la classification des emplois est une tentative de délimiter le champ d'intervention de l'employé au domicile de l'utilisateur.

¹¹² Proportion calculée sur l'effectif intervenant d'un réseau de 90 associations. Ce réseau compte 5934 salariés soit 2493 emplois équivalent temps plein. On peut considérer cette proportion comme une référence départementale.

La qualité du service en tant que résultat de la prestation est liée aux compétences techniques de l'employé. *A priori*, on peut évaluer la qualité du service en évaluant l'adéquation entre les besoins et les qualifications mobilisées. En revanche, à un niveau de qualification identique de deux employés le résultat de l'intervention de chacun peut être apprécié différemment. En effet, les usagers évaluent à la fois les compétences professionnelles et les compétences relationnelles de l'employé.

2.1.1.1.2. Les compétences relationnelles

La qualité dans ces services recouvre des dimensions multiples : compétences professionnelles, qualités relationnelles, relation de proximité, etc. L'une des dimensions les plus importantes est constituée d'un ensemble de qualités difficilement évaluables objectivement. Il s'agit des qualités relationnelles des employés. Plusieurs auteurs soulignent le rôle des qualités personnelles des intervenantes dans l'évaluation subjective de la qualité du service. Le rapport Bailly (1996), l'étude de Causse, Fournier et Labruyère (1998) ou Nicole Gadrey et *alii.* (2003) ainsi que l'étude de l'IDAP¹¹³ (2001) soulignent tous le fait que les qualités intrinsèques (confiance, amabilité, présence, honnêteté, gentillesse, « savoir être », etc.) sont à la base d'une estimation positive de la qualité globale du service.

Le sexe, l'âge et l'expérience individuelle dans le cadre familial sont généralement les aspects les plus évoqués quand on demande aux usagers de qualifier la qualité relationnelle. Souvent les personnes âgées ou leur famille expriment leurs attentes en souhaitant que l'aide soit apportée par une femme d'un certain âge et de préférence ayant eu un parent âgé à charge¹¹⁴. Le « savoir faire féminin » est une des qualités les plus recherchées aussi bien par les usagers que par les employeurs. Notre enquête a révélé que la grande majorité des femmes employées dans l'aide à domicile sont âgées de plus de 40 ans. L'âge de l'employée, selon nos entretiens, est l'une des conditions que certaines personnes âgées exigent. « *Pour certains actes de la vie quotidiens, je me vois mal être aidée par une jeune fille qui aurait l'âge de ma petite fille* » (témoignage recueilli par des employés). Outre cette exigence des usagers eux-mêmes, l'âge est synonyme d'expérience acquise dans la vie privée. Dans notre enquête, le profil d'emploi dominant est un triangle de caractéristiques : sexe féminin, âge moyen de 44 ans et une expérience d'aide dans la sphère domestique (femmes ayant eu des enfants ou des parents à charge).

Ces caractéristiques idiosyncrasiques des employés servent de critères de recrutement pour les employeurs. Elles sont à la base de l'organisation interne du travail. Les employeurs affectent leurs employés selon les caractéristiques de ces derniers et le profil sociologique et psychologique des

¹¹³ Institut de développement des activités de proximité, cité par Haddad, 2003.

¹¹⁴ Plusieurs responsables d'association ou responsables de secteur nous ont mentionné ce profil recherché par les familles.

personnes âgées aidées. Les procédés mis en place pour conduire un plan d'aide ressemblent à une règle conventionnelle appliquée au sein de la branche. La définition des besoins de la personne âgée et l'adoption d'un protocole d'aide sont préalables au déroulement de la prestation. C'est pendant ce travail de qualification de la demande que les qualités relationnelles nécessaires sont clairement désignées. Ce travail d'identification des qualités relationnelles, visant la satisfaction des usagers, est effectué généralement suite à la première visite qu'effectuent les responsables de secteurs chez les personnes âgées.

« En me rendant chez une personne âgée pour évaluer la situation, je prends le temps de discuter avec elle pour connaître ses attentes, mais surtout pour saisir sa psychologie. Je lui pose des questions sur le profil de la personne qu'elle souhaite, ses rapports avec les personnes de culture différente..., j'essaie de comprendre ses rapports avec sa famille, ses voisins, s'il s'agit d'une personne facilement sociable ou une personne qui aime la discrétion...etc. C'est en fonction de ces évaluations que je peux dire que telle employée convient à une telle personne âgée, ou s'il faut coupler deux employés pour une personne, etc. » (responsable de secteur, Association ARA, Roubaix).

Cette procédure de recrutement et d'affectation des employées est adoptée par la grande majorité des structures d'aide à domicile de notre échantillon. On peut la considérer comme un comportement adopté à un niveau très large, comme le laissent entendre les responsables des structures enquêtées. Il s'agit donc d'une méthode qui définit les codes d'interprétation des besoins et de définition de la qualité. Plus clairement, c'est un lexique d'interprétation des qualités relationnelles. Il s'ensuit que ces qualités constituent, avec les qualifications professionnelles, le support des conventions qualitatives émergeant dans l'aide à domicile (voir le dernier chapitre de cette thèse).

Dans la pratique, les qualités relationnelles sont indéfinissables par des critères objectifs. Elles sont évaluées par un jugement forcément subjectif lors du recrutement de la salariée. Ce jugement remonte de la sphère de la demande. En effet, les représentations collectives construisant la convention de qualité peuvent se résumer en un langage tenu par les personnes aidées. Voici deux exemples de ce langage que nous avons pu noter lors de nos études empiriques : « *l'employée A est une vraie professionnelle et en plus elle a le sens d'observation et de prévention* » ou encore « *B se contente de faire le travail qu'on lui demande sans s'intéresser à ce qui se passe autour d'elle* ». Ce type de langages utilisés par les personnes âgées révèle qu'il s'agit de l'évaluation subjective de la qualité du travail des employées. Le sens de l'observation, l'attention, l'écoute, la prévention, la confiance sont autant de qualités personnelles qui sont demandées par les personnes âgées. Ces qualités font partie des critères que les employeurs utilisent pour recruter leur personnel. Ce qui est intéressant à notre sens est le fait que les prestataires tiennent compte de ces jugements dans leur procédure de recrutement. Ceci est important à la réputation de l'organisation, car à travers la subjectivité des personnes âgées ce sont leurs attentes qui sont exprimées et qu'il faut prendre en compte dans la définition de la qualité, comme le fait remarquer Marie-France Gounouf (2002). La prise en compte par les professionnels du jugement que font les personnes âgées

montre que la dimension relationnelle de la qualité des services est construite dans les milieux de la demande avant de remonter vers la sphère professionnelle.

2.1.1.2. La notion de la qualité totale de l'organisation

La notion de la qualité totale ou plus précisément de « management de la qualité » est apparue aux Etats-Unis dans les années trente. Elle a été introduite au Japon par le statisticien Edward Deming et l'économiste Joseph Juran à partir des années cinquante (Gogue, 2006). Les fondamentaux de la qualité totale sont devenus alors en quelque sorte ceux du modèle du toyotisme. La qualité totale peut être définie comme « une démarche continue de progrès pour la performance et la compétitivité des produits ou services, intégrant les aspects techniques de la qualité et de service, de coût, de délais mais aussi de management orienté vers la satisfaction du client » (Sylvie Mayeur, 2003). Cette définition met en exergue deux aspects :

- la satisfaction du client par l'adaptation qualitative du produit aux besoins individuels ;
- un management orienté vers la recherche de l'efficacité par l'amélioration continue de la qualité.

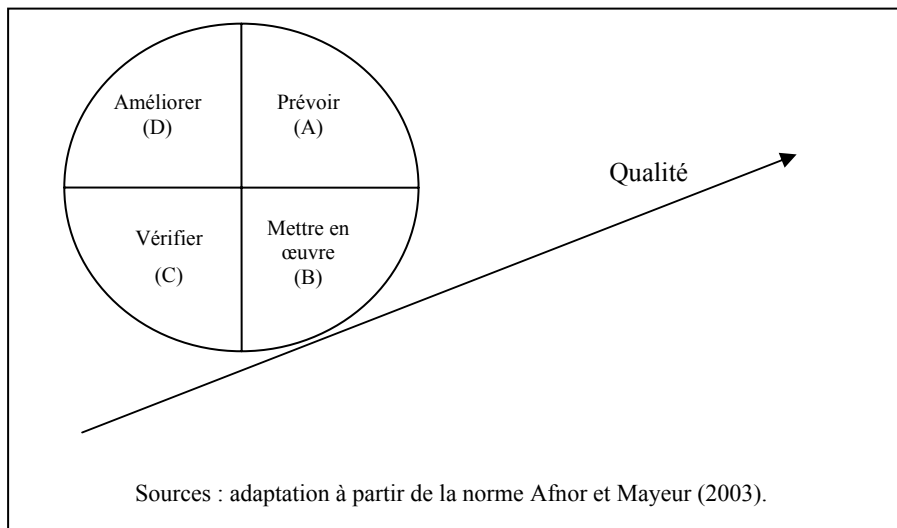
En ce sens, la qualité totale est une qualité *processuelle*. Elle renvoie à la capacité d'une organisation à améliorer la qualité à chaque étape du processus de la production du bien ou du service. Elle est désignée généralement par « management de la qualité totale », « gestion intégrée de la qualité » ou « démarche d'excellence ».

Le recours à cette notion (bien que fondée dans la sphère industrielle) nous semble important pour comprendre la qualité d'un service tel que l'aide à domicile pour une raison essentielle : la qualité totale renvoie à la qualité de l'organisation. Par organisation nous entendons une structure prestataire de services. Il y a une différence perceptible de la qualité entre les services fournis par un employé indépendant et ceux fournis par une organisation. La continuité du service, la diversification des services et l'adaptation de la qualité sont des aspects de la qualité globale que seule une organisation est en mesure de garantir. La richesse et la stabilité de ressources humaines et financières de l'organisation sont, *a priori*, un gage de cette garantie. Cette différence de qualité entre l'offre structurée par les organisations et l'offre « non structurée » émanant des employés indépendants rappelle la distinction entre la qualité totale et la qualité du service.

Encadré 13. La qualité totale de point de vue de la Norme Afnor et des démarches de qualité

La qualité totale est définie comme étant une qualité processuelle, autrement dit, répondre aux exigences de qualité sur l'ensemble des étapes du processus de la prestation. La norme Afnor définit ce processus en quatre étapes correspondant à la roue de Deming ou boucle de l'amélioration continue.

Le cycle de Deming adapté à l'aide à domicile



Le processus de la qualité dans l'aide à domicile est décomposé en quatre étapes :

L'étape A : Prévoir correspond à la définition de la politique/stratégie en matière de qualité, de déontologie et des modalités de communication ;

L'étape B : Mettre en œuvre correspond à la définition des dispositions d'organisation pour les processus opérationnels du service réalisé par les structure de service à domicile, la gestion du personnel en termes de formation, de recrutement et de la gestion documentaire ;

L'étape C : Vérifier correspond à l'évaluation des résultats en provenance de la mesure de la satisfaction des clients, au traitement des réclamations clients et des remontées internes ;

L'étape D : Améliorer correspond à la mise en place des actions correctives.

Ces dernières années, deux outils de gestion de qualité totale se sont développés dans l'aide à domicile: les « démarches de qualité » qu'une grande partie des organisations ont mises en place et la toute récente norme Afnor Nf « services à la personne ». La démarche qualité a été promue par la CNAV afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des allocataires et de rationaliser les moyens de l'organisation. Il s'agit d'un engagement stratégique et professionnel qui se traduit par la mise en place de procédures organisationnelles et des mesures de contrôle qui les accompagnent (Loubat, 2002, p.46). L'objectif final est d'améliorer l'ensemble du processus de la prestation : accueil de la demande, évaluation des besoins, la proximité avec les usagers, la coordination entre les intervenants, l'amélioration du système d'information, de gestion administrative, etc. L'objectif poursuivi est également d'ordre économique. La maîtrise des budgets de gestion de la part des organisations prestataires permettrait à la CNAV de réduire ses dépenses d'aide à domicile.

La Norme NF en France correspond, dans plusieurs cas, à la certification de la qualité totale d'une organisation et non pas du produit spécifique. Dans l'aide à domicile, la nouvelle norme NF créée en 2001 est fondée sur la conception de la qualité totale (encadré 13). Cette norme est souvent obtenue au terme de la démarche de qualité entreprise antérieurement. C'est le cas d'ailleurs de l'association ADAR qui fait partie de notre échantillon.

Au sens de la Norme Afnor, la qualité totale intègre à la fois l'amélioration du processus de la prestation et la prise en compte des attentes des usagers. Elle codifie les modes d'élaboration du service en différentes étapes. Chaque étape fait l'objet d'une procédure réglementée que le prestataire candidat à la norme doit respecter. Les quatre étapes de la qualité totale dans l'aide à domicile au sens de cette norme sont :

1. l'organisation interne : la gestion administrative et la modernisation de la gestion des relations avec les usagers ;
2. la relation avec l'utilisateur : l'information des usagers et leur association dans la définition de la qualité ;
3. la coordination et le contrôle qualité : la coordination des différents services et compétences, l'adaptation de la qualité, et le contrôle qualité.
4. la gestion des ressources humaines : les procédures de recrutement, de gestion du personnel et de leur formation.

La normalisation signifie l'amélioration du fonctionnement de l'organisation tout en mettant le client au centre de la démarche de qualité. Son obtention engage le prestataire à respecter des règles de qualité bien définies. Suivant l'évolution technologique et l'évolution des exigences du marché, ces règles peuvent être révisées, obligeant le prestataire à se conformer aux nouvelles règles. On peut donc supposer qu'une grande partie des ajustements qualitatifs de la prestation est construite en dehors de la relation de service directe entre l'utilisateur et le prestataire. Ces ajustements correspondent alors à l'évolution des attentes d'une personne âgée représentative du marché. L'organisme certificateur AFNOR exerce ce droit de contrôle et d'ajustement de la qualité certifiée. C'est ce contrôle externe qui crédibilise la qualité certifiée mais il est susceptible d'alourdir le processus d'ajustement qualitatif.

La norme est donc un signe de qualité. Son obtention est interprétée par les clients comme une garantie de qualité. Cependant, cela ne signifie pas systématiquement l'amélioration de la qualité du service. Comme le note Juran (2002), les firmes pensent à tort que « l'obtention de la certification Iso 9000 va résoudre le problème de la qualité » (cité par Coestier et Marette, 2004, p. 34). En effet, la norme peut engendrer des économies d'échelle conduisant l'organisation à faire « du sur-mesure de masse » (Coestier et Marette, op.cit.). En ce sens, la qualité normée peut évoluer vers une qualité standardisée. Or, la dimension relationnelle de la qualité d'aide à domicile est contradictoire avec la logique de standardisation du

service. Le moment de tensions sur la qualité entre l'utilisateur et le prestataire est aussi le moment de confrontation entre la démarche de normalisation et la démarche de proximité dans ces services. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la qualité du service est étroitement liée aux caractéristiques idiosyncrasiques de l'employé et à son comportement. Ces qualités sont difficilement codifiables. Par conséquent, la norme serait incapable de les intégrer dans ses règles constituant son référentiel. Il revient donc à chaque organisation certifiée de prendre en compte cette dimension relationnelle dans la production du service en complément avec les procédures codifiées de la norme.

2.1.2. La relation de proximité comme fondement de la qualité totale

Le problème que pose la démarche de la qualité totale est l'effet de taille sur la qualité relationnelle des services. La normalisation ou la démarche de qualité sont des investissements de forme¹¹⁵ assez coûteux. Sans une aide financière publique conséquente, seules les organisations de grande taille seront capables de réaliser ces investissements. Au retour, la norme comme la démarche de qualité sont des signaux de qualité envoyés au marché. Ils seraient même à l'origine de l'augmentation de la taille du marché de l'organisation si la demande est sensible à la qualité. La conséquence sur la qualité peut être négative. Dans l'aide à domicile, la proximité est un aspect important dans la qualité totale. Or, plus la taille de l'organisation croît, plus les liens de proximité entretenus avec les usagers sont difficiles à entretenir. La grande taille d'une organisation peut apparaître antonymique à l'idée de proximité pour beaucoup d'usagers. Cette critique peut être interprétée à partir des conflits qui surgissent dans la relation de service. Les oppositions entre différentes conceptions du service apparaissent aujourd'hui avec l'évolution du secteur. L'opposition entre la qualité de proximité et la taille de l'organisation renvoie à l'opposition entre la nature domestique ou inspirée au sens de Boltanski et Thévenot et la nature marchande ou industrielle. Les deux discours suivants illustrent cette confrontation :

« Je préfère une petite association parce que je sais qu'à chaque fois que j'ai besoin d'aide, elle est là. Ce n'est pas le cas des grosses associations où il faut passer [une commande] à l'avance ». (Madame A, personne âgée).

« Je suis employeur d'une Aide à domicile depuis 3 ans et je peux dire que je ne trouverai jamais une fille comme elle. Je ne la considère pas comme ma salariée mais comme une copine... Elle ne compte pas ses heures de travail chez moi, comme le font les associations. Quand elle a fini son travail, elle prend le temps de discuter, elle m'apporte des nouvelles du quartier... ; souvent elle

¹¹⁵ L'investissement de forme est une notion employée par Laurent Thévenot (2004) pour expliquer -notamment- le rôle des infrastructures techniques dans la qualification des produits industriels. Dans les services d'aide à domicile, la Norme Afnor ou le certificat Qualicert peuvent être considérés comme des investissements de forme permettant de qualifier les organisations.

passé prendre un café ou dire bonjour. Je ne pense pas que les associations peuvent se comporter de la sorte, elles sont trop occupées par la rentabilité ». (Madame B, personne âgée).

Deux remarques importantes découlent de ces discours :

- Chaque usager justifie le choix de son prestataire en évoquant le principal critère de qualité de ce prestataire : la réactivité de la petite association pour madame A et la disponibilité de l'employé pour madame B. Chacune de ces qualités est primordiale dans le sens où elles répondent à des attentes prioritaires. Ces qualités sont différentes d'un individu à un autre, d'où le caractère subjectif de leur évaluation.
- Ces qualités sont appréciées par comparaison entre les prestataires. La qualité de réactivité de la petite association pour madame A est comparée à la rigidité des grandes associations. L'analogie au secteur industriel ou au secteur de services standardisés est opérée en invoquant le terme de « commande » utilisé par Madame A. Pour Madame B, la disponibilité de son employé est mise en face à face avec la gestion rigoureuse du temps de la prestation par les organisations. La « rentabilité » recherchée par les organisations est synonyme pour madame B de perte de qualité relationnelle.

Une troisième remarque qui nous semble aussi intéressante est le fait que la comparaison entre les prestataires n'est pas fondée sur les expériences individuelles de Madame A et Madame B. Ce sont des représentations collectives que les usagers ou leurs familles sollicitent pour effectuer leur choix. On ne peut donc pas parler de libre choix des personnes âgées mais d'un choix dicté ou orienté¹¹⁶. L'opposition entre la taille et la qualité de proximité, comme d'ailleurs pour la qualité de l'organisation, est donc construite au travers de ces représentations. L'amélioration de la qualité totale de l'organisation doit donc prendre en compte l'effet des représentations collectives sur la réputation¹¹⁷.

2.1.3. La sectorisation de l'organisation comme réponse à l'effet négatif de la taille sur la qualité de proximité

L'accroissement de la taille de l'organisation signifie l'accroissement de son marché. Il correspond assez souvent au débordement de son intervention sur des territoires éloignés où sa réputation n'est pas ou peu

¹¹⁶ Marie-Thérèse Espinasse (1993) parle d'une demande interférée dans ces services. Cette notion désigne l'interférence d'autrui dans la formulation de la demande de la personne âgée. L'autrui peut être des parents, un proche voir même le médecin traitant, la mairie, les services sociaux du Département, etc. Pour l'objet de cette thèse, nous préférons la notion de choix orienté à celle de la demande interférée car, par la première notion nous sous-entendons l'orientation de la personne âgée vers un prestataire ou un autre. Il s'agit d'une influence sur les choix et non une interférence sur la décision de recourir ou non à l'aide professionnelle.

¹¹⁷ Ces aspects du comportement des usagers seront développés plus en détails dans la troisième partie de cette thèse.

répandue. L'éloignement de l'organisation par rapport aux usagers peut conduire à une distanciation des relations. Avec l'accroissement de la taille, il y a donc un risque que la proximité avec les usagers, qui est une dimension importante de la qualité totale, soit négativement jugée par ces derniers.

Cette représentation met évidence un dilemme : le développement économique de l'aide à domicile peut se traduire donc par la déqualification des services. Sachant que la concurrence s'effectue principalement par la qualité et non pas par les prix, les organisations cherchant l'accroissement de leur taille seront confrontées au problème de fidélisation de leurs clients. La perte des liens de proximité résultant de l'accroissement de la taille du marché peut altérer la réputation de l'organisation et freiner considérablement son développement économique. Par conséquent, la recherche d'économies d'échelles peut apparaître risquée. À en croire les statistiques de la branche, le marché de l'aide à domicile est fortement dominé par des petites et moyennes structures. Plus de 90% des offreurs quel que soit leur statut sont des petites entreprises (données INSEE, 2003). En revanche, on constate que plusieurs organisations ont su concilier leur développement économique et l'entretien de liens de proximité avec les usagers-clients. En effet, toutes les organisations de grande taille que nous avons étudiées sont structurées sous forme de réseaux internes de petites « agences ». Ces petites structures sont décentralisées au niveau des territoires d'implantation. Ainsi, le marché de l'organisation est divisé en secteurs géographiques qui généralement correspondent à un territoire d'une commune ou d'un ensemble de petites communes. La taille de ces filiales est différente selon la nature du territoire. Dans les espaces urbains, la taille peut avoisiner 60 à 80 employés. Dans les zones suburbaines, la taille est plus petite, soit 30 à 40 employés.

La filiale (ou l'antenne) est une entité qui n'a pas d'existence juridique propre. Elle est dépendante juridiquement et financièrement de l'organisation-mère. Chaque filiale est identifiée par l'enseigne commerciale de l'organisation-mère. En ce sens, elle importe sur le territoire d'implantation sa réputation et met les moyens nécessaires pour sa promotion. Les procédures internes des filiales sont codifiées par l'organisation-mère. Néanmoins, elles disposent d'une large autonomie dans certains domaines comme la construction des relations avec les personnes âgées et leur suivi, le recrutement de leurs employés et les relations avec les acteurs locaux de leurs territoires.

Le rôle du responsable du secteur (responsable d'antenne) consiste à gérer la demande locale et veiller à la qualité des services offerts suivant les indications de l'organisation. Son rôle est également de suivre les relations avec les usagers. Périodiquement, il se déplace ou téléphone chez la personne aidée pour évaluer sa satisfaction et éventuellement prendre acte de l'évolution de ses besoins. C'est à lui d'enclencher une procédure de réévaluation de ses besoins s'il constate une dégradation de la santé de l'utilisateur. Sa mission consiste également à contrôler le travail effectué par ses employés et procéder à la réparation de la relation de service en cas de manquements.

Outre ces missions réglementaires, certains responsables de secteur vont même organiser des manifestations qui rapprochent les usagers de l'organisation. Souvent, des sorties collectives ou des fêtes de quartier sont organisées en collaboration avec les services des municipalités. L'objectif poursuivi est de promouvoir l'insertion sociale des personnes dépendantes mais surtout de promouvoir l'image de l'organisation. Cette relation étroite qu'entretient le responsable du secteur avec les usagers n'est possible que si l'organisation est localisée dans le même espace social qu'eux. La décentralisation des relations - à travers la sectorisation de l'organisation - vers des territoires infra-locaux permet d'entretenir les liens de proximité avec les usagers. Non seulement ce procédé permet de dépasser la contrainte de la taille critique mais aussi il permet d'exporter la réputation vers de nouveaux marchés locaux.

2.1.4. La variété des services comme dimension de la qualité globale du prestataire

La qualité totale ne se restreint pas seulement aux procédures de prestation de services et des compétences professionnelles des employés, mais elle doit être comprise dans un sens beaucoup plus large. La prise en charge qualitative de la dépendance au travers des services d'aide à domicile doit non seulement couvrir l'ensemble des besoins exprimés par la personne âgée, mais aussi prévoir leur évolution. C'est dans ce sens que les schémas locaux de dépendance inscrivent la prise en charge de cette population fragile dans un cadre coordonné d'offre locale. L'objectif est de fournir une gamme de services complète intégrant les services d'aide ménagère, les services d'aide à l'hygiène, les soins à domicile, les services en dehors du domicile, *etc.*

L'existence de cette variété de services au niveau local est donc majeure pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Cependant, la multiplicité et la dispersion de l'offre locale entre plusieurs prestataires ont pour conséquence de rendre celle-ci peu visible, et surtout de contraindre la personne âgée à gérer plusieurs prestations fournies par plusieurs prestataires différents. Afin de limiter le nombre d'intervenants, les personnes âgées sont souvent amenées à ne pas utiliser certains services. Dans certains territoires, sur l'initiative des pouvoirs publics ou des acteurs privés, l'offre locale est intégrée sous forme de plateformes de services. Cette formule permet de mettre à disposition des usagers un seul interlocuteur qui leur fournit un bouquet de services variés. C'est le cas de la plateforme de services à la personne de Lille créée par les autorités de la ville en 1997¹¹⁸ ou de celle de Voiron (cf. annexe 1). Ces plateformes regroupent une multitude de prestataires dont les organisations de services à domicile, les entreprises de réparation, de jardinage, de plomberie, *etc.*

¹¹⁸ Cette plateforme a cessé son activité en 2002 suite au manque de rentabilité économique et de financement public.

D'autres initiatives d'intégration moins formalisées que les plateformes visent à mieux coordonner l'offre locale. Les coopérations horizontales entre plusieurs prestataires sont l'exemple type de cette forme d'intégration. L'une des missions de ces réseaux est de permettre aux prestataires locaux de structurer leur offre de façon à optimiser la couverture des besoins. Ces réseaux forment des espaces de coopération et d'échange entre les prestataires propres au tiers secteur. Dans plusieurs études de cas nous avons constaté une sorte de transfert de la demande entre prestataires appartenant au même réseau. Il ne s'agit pas de transfert de contrats de prestation entre les prestataires, mais plutôt d'orientation des usagers selon leurs besoins vers un ou plusieurs prestataires capables de les prendre en charge.

Exemple 1 :

« Nous avons une coopération étroite avec le CCAS de la ville de Croix. Etant donné que cet établissement n'a pas de compétences professionnelles suffisantes, il nous renvoie les personnes âgées qu'il ne peut pas prendre en charge. C'est dans ce cadre de coopération que de nombreuses personnes âgées fragiles sont venues chez nous via le CCAS. » (Responsable de secteur ADAR, annexe de Croix).

Exemple 2 :

« Dans le cadre des projets inter-secteurs, nous avons mis en place un système de coopération entre quatre associations évoluant sur le même territoire à Valenciennes. L'objectif est d'organiser l'offre locale afin de réduire les temps de traitement des dossiers de demande. Sur la base d'un diagnostic des besoins, nous avons redéfini avec les associations concernées le secteur d'intervention de chacune d'entre elles. Quand une association ne peut pas répondre aux besoins d'une personne âgée, elle fait l'objet d'une réorientation vers une autre association. » (Responsable du réseau Sydo, Lille)

Ces deux exemples de coopération horizontale illustrent une partie des pratiques professionnelles non contractualisées qu'on retrouve souvent dans le secteur associatif. Ces coopérations sont structurées dans le cadre d'un réseau (exemple 1) ou dans le cadre d'une interaction bilatérale directe (exemple 2). A notre connaissance, le transfert de la demande d'une structure à une autre se fait d'une façon informelle dans la mesure où elle ne fait pas l'objet d'un contrat ou d'une convention écrite. Ce type d'échange est basé sur des rapports de confiance entre les partenaires et surtout sur des valeurs partagées telles que l'éthique et la déontologie des organisations du tiers secteur. Bien évidemment cet échange est porteur d'intérêts mutuels pour les différents partenaires. Si l'on retient l'exemple n° 1, l'intérêt pour le CCAS est d'assurer sa mission de service public de qualité en faisant appel à un prestataire qualifié qui est ADAR. L'intérêt de l'association ADAR est le bénéfice d'un surcroît de demande. Mais l'enjeu de ces coopérations dépasse les intérêts individuels. La finalité est de construire une offre variée au niveau local permettant l'accès aux services d'aide à domicile. Cet objectif relève d'un compromis entre l'ensemble des acteurs publics ou privés. Les différentes chartes des fédérations d'aide à domicile y consacrent une place importante. Le plan gouvernemental de développement des services à la personne va également dans le sens d'une coordination optimale de l'offre. Plusieurs Conseil généraux ont signé des conventions

multipartites dont l'objectif est justement de mettre en synergie les acteurs locaux. La qualité de la prise en charge des personnes âgées peut donc être analysée au niveau d'un territoire, comme un construit social associant plusieurs prestataires, parfois concurrents, et des acteurs coordonnateurs (réseaux créés par l'initiative privée ou publique, cf. chapitre II).

En dehors de ces coopérations horizontales et des plateformes visant à construire une offre locale variée, une autre forme d'offre existe consistant à intégrer l'ensemble des services dans une seule organisation prestataire. Plusieurs études de cas nous permettent d'illustrer cette forme d'offre singulière. ADAR de Roubaix en est un exemple. Outre l'aide ménagère et l'aide à l'hygiène, cette association peut assurer une prise en charge totale de la dépendance. Son offre est constituée de services d'aide ménagère et d'aide à la personne, de services de soins à domicile, un espace d'accueil de jour pour les personnes atteintes de maladies dégénératives (Alzheimer, Parkinson, etc.) et une structure d'hébergement social aux personnes lourdement dépendantes. À travers cette variété de services, ADAR peut ainsi assurer la prise en charge à domicile de la personne âgée durant les différents stades de sa dépendance. Elle peut l'accompagner du stade primaire par des services d'aide ménagère jusqu'au stade « ultime » en lui assurant des services de soins infirmiers à domicile ou un placement dans une structure d'accueil spécialisée¹¹⁹.

La possibilité d'être pris en charge à domicile durant toute la période de dépendance est un signal de qualité fort à destination des personnes âgées. Pour une grande partie de ces dernières, le choix d'un prestataire dépend, en partie sans doute, de cette qualité que nous avons qualifiée par la notion de qualité « dynamique » (voir le point suivant). D'ailleurs notre enquête montre que le taux de fidélisation des clients est beaucoup plus élevé chez les personnes lourdement dépendantes pour qui la qualité dynamique est sans doute plus importante¹²⁰.

2.2. L'évolution de la dépendance et l'adaptabilité des services

Pour mieux saisir la notion de qualité de service d'aide à domicile, il convient de distinguer le service en tant que prestation ponctuelle et prédéfinie et le service en tant que relation temporelle et multidimensionnelle.

¹¹⁹ Théoriquement, cette prise en charge de long terme est possible à ADAR. Cependant, une seule association ne peut pas répondre à l'ensemble des besoins sachant que le nombre de personnes âgées lourdement dépendantes est en accroissement constant et surtout est inégalement réparti entre les territoires. D'où la nécessité des coopérations entre les différents prestataires au niveau local.

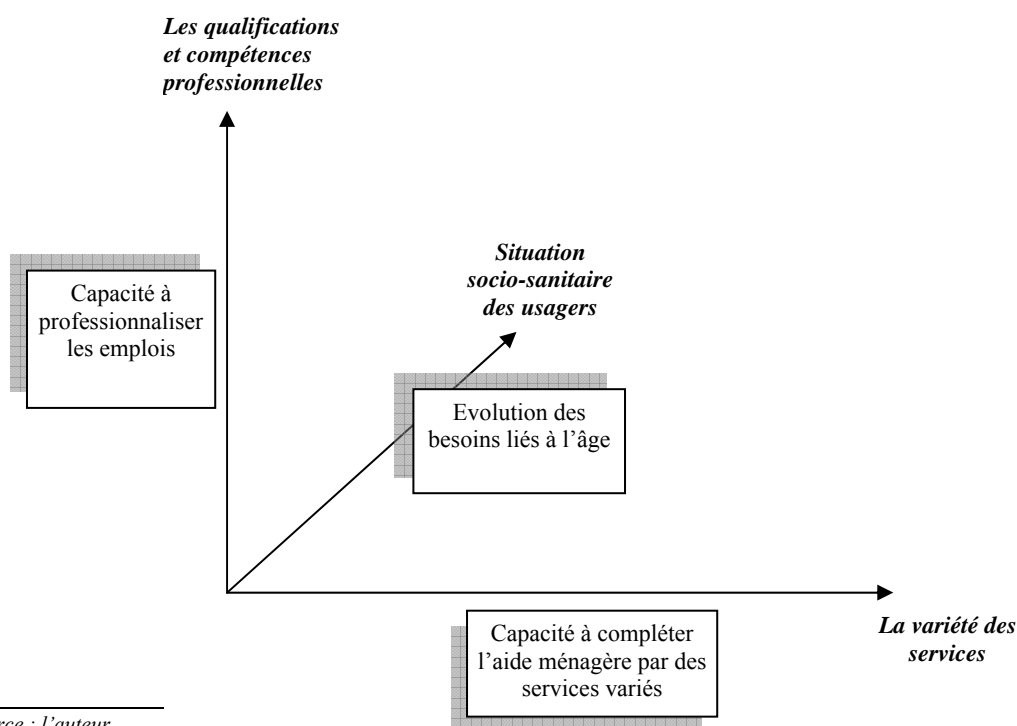
¹²⁰ La proportion des usagers fidèles est en moyenne de 78% sur l'ensemble de l'échantillon contre 83% chez les personnes lourdement dépendantes.

2.2.1. La notion de la qualité dynamique

Nous pouvons parler de qualité dynamique pour définir la qualité de prise en charge qu'offre un prestataire à une personne âgée dépendante en *intégrant l'évolution de ses besoins*. Il s'agit donc d'un processus d'adaptation de la prestation qui s'inscrit sur une période donnée. L'adaptation ici renvoie à l'incorporation dans la prestation de nouvelles compétences professionnelles en réaction à l'évolution des besoins de l'utilisateur. Elle peut correspondre à faire aider la personne âgée par une intervenante plus qualifiée et plus expérimentée, à offrir des services plus spécialisés comme les soins infirmiers, à lui offrir une prestation de garde de jour ou de nuit, etc. Il s'agit donc :

- D'une part, d'élever le niveau de qualification de la prestation en la complétant par d'autres prestations à qualifications élevées. Par exemple, compléter le travail d'une aide ménagère peu qualifiée par un travail d'aide à l'hygiène qualifié ou d'une aide soignante.
- D'autre part, d'adapter la prestation à l'évolution des besoins de l'utilisateur en l'enrichissant par de nouveaux services à domicile ou en dehors du domicile.

Figure 12. La qualité dynamique dans l'aide à



Source : l'auteur

La qualité dynamique suppose que le prestataire dispose de compétences techniques et humaines lui permettant d'offrir des services variés. Il s'agit d'offrir à la personne âgée une combinaison de services complémentaires afin de prendre en charge l'ensemble de ses attentes. Ainsi nous pouvons définir la qualité dynamique en considérant trois dimensions : les compétences professionnelles, la diversité des services et la nature du public pris en charge (niveau de dépendance).

La notion de qualité dynamique intègre donc la dimension des compétences et la dimension de diversification des services. La prise en charge des besoins se définit alors par le niveau des compétences mises en place et la nature des services offerts. Cette combinaison compétences/variété des services doit être définie en fonction des besoins de la personne âgée. Autrement dit, la qualité de l'aide à domicile proposée à une personne doit prendre en compte sa situation sanitaire (dépendance) et surtout son isolement social (disponibilité de l'aide des proches). L'évolution des besoins de la personne aidée signifie donc à la fois l'évolution de sa dépendance et l'évolution de son cadre social. Le décès d'un conjoint ou l'éloignement d'un proche sont aussi générateurs de besoins que la dégradation sanitaire de la personne âgée¹²¹.

L'adaptation de la qualité suite à l'évolution des besoins se traduit par l'évolution de la combinaison entre les compétences professionnelles et la variété des services. Comme les besoins de la personne âgée peuvent évoluer rapidement, le prestataire doit être attentif à cette évolution. Une réévaluation des besoins peut apparaître comme une nécessité constante. Cela implique une proximité étroite entre l'utilisateur et le prestataire. Cette proximité permet de mieux cerner les besoins de la personne aidée et de réagir rapidement en adaptant le service. De même, l'incorporation de nouvelles compétences ou de nouveaux services dans la prise en charge de la personne âgée nécessite leur coordination. La prise en charge doit ainsi apparaître comme un ensemble coordonné de prestations qui se complètent.

La qualité dynamique peut être définie alors comme une combinaison de compétences et de services qui se caractérise par :

- Le dynamisme de son contenu : les compétences et les services doivent suivre l'évolution des besoins de la personne âgée ;
- La coordination de ses composantes : les services doivent avoir une forme coordonnée ;
- Le caractère personnalisé de son évolution : chaque composante de cette combinaison est définie en fonction de caractéristiques de la personne aidée. Ceci requiert une relation de proximité forte entre le prestataire et l'utilisateur.

¹²¹ En théorie, le plan de l'aide pour le bénéfice de l'APA prévoit la prise en compte de cet aspect social des besoins des personnes âgées.

La notion de la qualité dynamique ouvre une perspective d'analyse intéressante pour comprendre le choix des usagers et au-delà, elle permet de comprendre la tendance actuelle de la restructuration de l'offre. En effet, l'aspect dynamique des besoins concerne beaucoup plus les personnes dont la dépendance évolue rapidement. La qualité dynamique peut être un facteur déterminant du choix de cette catégorie de personnes. Par contre, cette dimension dynamique de la qualité aurait un faible poids dans le choix des personnes dont la dépendance évolue lentement. Au niveau du marché, nous avons donc deux types de demande se distinguant par la nature des besoins et le niveau de qualité dynamique lui correspondant. La question qui demeure posée est de savoir si le marché peut donner la possibilité à chaque individu d'opérer son choix en fonction de ses besoins.

2.2.2. Le cercle vertueux de la qualité dynamique

Le constat que nous avons relevé sur l'évolution de la dépendance et des exigences de qualité nous conduit à définir un cercle vertueux de la qualité dans l'aide à domicile. Les deux dynamiques du processus sont l'adaptation qualitative des prestations d'une part, et la recherche de cette qualité adaptative par les personnes âgées d'autre part. En effet, les personnes âgées soucieuses de construire une relation de service stable choisissent un prestataire qui dispose d'une bonne capacité d'adaptation¹²². Les prestataires doivent prendre en compte dans leurs stratégies cet aspect dynamique du choix de la personne âgée. Avoir une capacité d'adaptation attire la demande mais surtout, à travers cette qualité, le prestataire fidélise sa clientèle. Mais la fidélisation de la clientèle signifie l'accroissement du niveau moyen de la dépendance de sa clientèle. Celle-ci peut exprimer de nouvelles attentes suite à la dégradation progressive de sa situation sanitaire. Par conséquent, le prestataire doit augmenter davantage son niveau de compétences et apporter de nouveaux services complémentaires et spécifiques à la prise en charge de la dépendance lourde. La réglementation de l'activité est d'ailleurs claire sur ce sujet. Le service doit être adapté individuellement à chaque situation selon le cahier de charge de l'Agrément qualité et selon les termes de la loi de modernisation de l'action sociale de 2002. Dans le scénario d'une hausse constante de la population lourdement ou moyennement dépendante, la qualité du prestataire doit augmenter irrémédiablement, à condition que l'effort d'adaptation soit compensé financièrement.

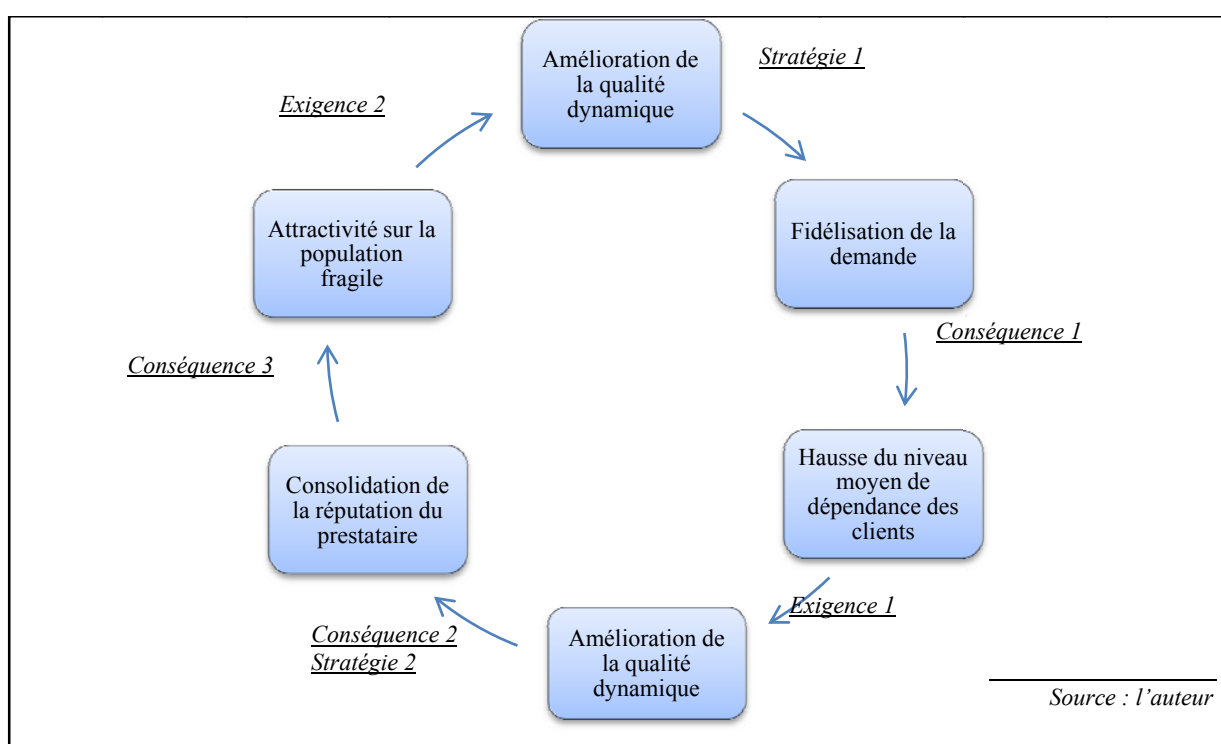
La hausse de la qualité des services du prestataire accroît sa compétitivité qualitative et consolide sa réputation au niveau local. Par conséquent, il attire les personnes âgées dont les besoins en qualité du service sont élevés. Comme la qualité demandée dépend essentiellement du niveau de dépendance du demandeur (usager), l'amélioration de la qualité totale d'une organisation exerce un effet d'attraction sur

¹²² Dans le chapitre VI, nous montrerons que parmi six dimensions que nous avons proposé aux personnes âgées de classer selon leurs priorités, la qualité adaptative figure à la deuxième place après la qualité professionnelle.

la population la plus dépendante. Cette attractivité exercée sur la demande se diffuse au sein du marché ou à travers des coopérations horizontales entre prestataires. Comme nous l'avons mentionné plus haut, certains prestataires incapables d'apporter une aide suffisante sur le plan qualitatif à leur client orientent ces derniers vers des prestataires plus qualifiés.

En résumé, en investissant dans la qualité, le prestataire sélectionne indirectement la demande la plus exigeante et la plus fragile. Et pour la fidéliser, il doit augmenter constamment sa qualité dynamique. La figure suivante résume ce cercle vertueux de l'amélioration de la qualité dynamique.

Figure 13. Le cercle vertueux de la qualité dynamique



On peut concevoir cette dynamique de qualité à partir d'un point de départ qui est la stratégie du prestataire en vue d'attirer la demande (stratégie 1). Il s'ensuit un enchaînement de conséquences et d'exigences. L'objectif de la stratégie 1 est d'attirer la clientèle puis de la fidéliser. La première conséquence de cette stratégie est l'accroissement du nombre de personnes lourdement dépendantes prises en charge par le prestataire. L'évolution de la dépendance est le moteur de cet accroissement. Etant donné la modification des attentes de cette clientèle fidélisée, le prestataire doit augmenter le niveau de sa qualité dynamique (exigence 1) lui permettant de fidéliser davantage cette clientèle (stratégie 2). Le

surcroît d'investissement sur la qualité va se traduire par le renforcement de la réputation du prestataire au niveau local (conséquence 2). Cette réputation se matérialise par:

- l'accroissement de sa taille (part de marché, emploi) ;
- sa reconnaissance en tant qu'acteur local important dans le domaine de la prise en charge de la dépendance et dans le domaine de l'emploi.

Les réseaux d'échanges constitués autour de la réputation du prestataire vont exercer un effet mécanique sur la demande. Les acteurs locaux, qu'ils soient médecins, gérontologues, les municipalités, les autres prestataires partenaires mais aussi les personnes âgées clients, leur familles, les salariés du prestataire vont transporter la réputation du prestataire au sein des milieux de la demande. Cela attire davantage les personnes les plus fragiles (conséquence 3). L'arrivée de ces nouveaux clients augmente le nombre de personnes lourdement dépendantes prises en charge par le prestataire. Ce dernier doit augmenter sa qualité dynamique pour assurer une meilleure prise en charge pour l'ensemble de ses clients (exigence 2).

3. L'INCERTITUDE DANS L'AIDE À DOMICILE AUX PERSONNES ÂGÉES

Les tensions entre les acteurs de la relation de service émergent d'une manière générale lors de l'évaluation de son résultat. Puisque le service et les besoins sont insuffisamment définis dès le départ, l'évaluation est souvent entachée d'une partie de subjectivité. Cette subjectivité est à l'origine des tensions éventuelles entre les acteurs. Nous avons montré dans le point précédent comment l'action des acteurs peut se justifier selon des motivations et des principes différents. La sollicitation d'un principe commun leur permet de s'entendre sur une solution à condition que ce principe s'impose à tous. Dans certaines situations, les règles instituées par la régulation s'imposent comme un principe commun écartant de fait les éventuelles divergences. Dans l'aide à domicile, il existe un certain nombre de règles qui peuvent jouer ce rôle. On peut citer l'agrément qualité, le CLIC (Centre Local d'information et de coordination gérontologie) en tant qu'institution de coordination ou encore, les règles édictées par les collectivités locales et les financeurs institutionnels. Par leurs actions, ces institutions facilitent aux acteurs l'interprétation des actions des uns et des autres.

Dans ce point, nous traitons un autre problème qui, selon nous, est plus problématique pour le développement des services d'aide à domicile aux personnes âgées. Il s'agit des incertitudes qui s'expriment autour de la qualité des services fournis. La qualité du service en général et du service de proximité en particulier, est évaluée à travers l'estimation du résultat de la relation d'échange. Les deux problèmes majeurs qui caractérisent cet échange sont « l'irréversibilité » et « l'incertitude » (Gadrey, 1994). Ces deux aspects du problème peuvent être traités par des règles institutionnelles. Cependant, malgré l'existence de ces règles dans l'aide à domicile, l'incertitude sur la qualité est toujours présente. Ces règles sont-elles insuffisantes pour éliminer l'incertitude des usagers ? Sans doute, leur rôle est important mais le caractère hybride du service d'aide à domicile et la dimension temporelle de la relation de service nécessite des règles beaucoup plus sophistiquées. Or, l'efficacité d'une règle dépend en grande partie de sa facilité d'application. Une règle plus complexe permettant par exemple le paramétrage très fin de la qualité du service d'aide à domicile serait coûteuse et difficilement applicable. D'autant plus que certaines dimensions de la qualité du service telle que la dimension relationnelle sont difficiles à paramétrer. Cette incapacité de la réglementation à éliminer complètement l'incertitude sur la qualité est comblée par des conventions, qui elles, émergent dans le cadre des interactions privées entre les acteurs.

3.1. *L'irréversibilité du résultat versus incertitude*

L'irréversibilité du service consiste en général, en l'absence de possibilités d'essai ou de réparation de la prestation : « *une fois la relation de service est entamée, le retour en arrière n'est pas possible* » (Gadrey, 1994). Il est difficile de demander réparation d'une coupe de cheveux ratée, comme le notait Gadrey (op.cit.). Le service est par définition irréversible dans la mesure où le temps de consommation d'un service coïncide avec le temps de sa production. Dans l'aide à domicile, l'irréversibilité est moins problématique pour certains aspects de la prestation. D'abord, parce que l'utilisateur peut jouer un rôle actif dans la relation, ce qui n'est pas le cas pour une prestation de coiffure ou de soins. L'évaluation qu'il fait sur la qualité au cours même de la prestation lui permet de l'ajuster ou de l'interrompre. Ensuite, le fait que le service d'aide à domicile est une relation temporelle, il existe une possibilité d'ajustement ou de réparation d'une séquence à une autre. Par exemple, si l'entretien du domicile est mal fait lors des prestations précédentes, l'utilisateur peut donner des consignes pour améliorer la prestation ou demander réparation au prestataire, ce qui pourrait se traduire par le changement de l'employé.

Malgré ces possibilités d'ajuster la qualité du service, l'irréversibilité peut néanmoins être dommageable à l'utilisateur. En effet, le recours à un professionnel d'aide à domicile peut avoir des conséquences directes sur l'environnement de la personne âgée. Avant de s'engager dans une relation de service avec un prestataire, l'utilisateur est généralement aidé par des proches. Avec l'apparition de la dépendance, il construit petit à petit un équilibre relationnel associant sa famille, ses voisins, ses amis, son épicière, etc. (Espinasse, 1993). Souvent les rôles sont partagés et les aides de ces intervenants bénévoles se complètent. La décision de recourir à une aide professionnelle porte le risque de voir cet équilibre se fragiliser d'avantage et nécessairement s'accompagner d'un réaménagement des relations avec l'entourage. L'entrée de l'aidant professionnel dans le réseau social de l'utilisateur peut perturber l'équilibre déjà fragilisé par le fait que l'aide familiale soit sujette à des défections.

Le nouvel équilibre qui résultera et qui s'appuie sur l'aide professionnelle ne sera pas forcément meilleur et stable. L'aide apportée par un parent ou un ami ne peut pas être comparée à celle d'un aidant professionnel. La substitution entre les deux types d'aide n'est pas pertinente à plusieurs égards, surtout lorsque l'utilisateur est une personne qui vit seule. Pourtant, l'aide professionnelle peut être ressentie, ce qui est souvent le cas comme le note Marie-Thérèse Espinasse, comme un substitut à l'aide familiale. Dans ce cas, le résultat de la relation de service peut être irréversible. En effet, l'aide apportée par un proche peut disparaître si ce dernier considère que l'aide professionnelle est suffisante pour le parent âgé. Ceci peut être le cas de plusieurs familles où la culpabilité des enfants à l'égard de leur parent dépendant est telle qu'ils sont contraints de résider à proximité. Le recours à un aidant professionnel peut permettre une certaine mobilité géographique aux enfants puisque cette culpabilité envers les parents est moins

ressentie. Le changement de département ou de région pour des raisons diverses est synonyme pour le parent de la disparition de l'aide familiale. Son maintien à domicile dépend donc exclusivement de l'aide professionnelle. Le choix d'un prestataire de qualité, qui permet une régularité de la prestation est une relation stable, est dans ce cas très déterminant au bien-être de la personne âgée. La rupture de la relation peut avoir de lourdes conséquences aussi bien pour elle que pour les enfants ou les autres aidants familiaux. C'est dans ce sens qu'on peut qualifier le service d'aide à domicile d'irréversible. Cette irréversibilité se matérialise pour la personne âgée par la perte de l'aide des proches étant donné que ces derniers considèrent que leur aide est remplacée par l'aide professionnelle. L'irréversibilité du service d'aide à domicile peut également être interprétée à travers la nécessité que crée la défection de l'aidant familial. Le service d'aide à domicile devient plus une nécessité qu'un choix pour une grande partie des personnes âgées. Comme le note Marie-Thérèse Espinasse, le service d'aide à domicile est une réponse palliative au vide créé par l'apparition de nouveaux besoins, lesquels sont liés à la défection d'un aidant familial (Espinasse, 1993).

3.2. Le lien entre l'irréversibilité et l'incertitude sur la qualité des services

L'irréversibilité du résultat de la relation peut être liée à l'incertitude sur ce résultat. Si l'aidant professionnel peut remplir convenablement les tâches prédéfinies, alors l'utilisateur ne doit pas s'inquiéter sur le caractère irréversible de la relation. Cependant, au moment de la formation de son processus décisionnel qui le conduit à prendre le risque de rompre son équilibre social pour en créer un autre, il se pose des questions à propos des capacités de l'aidant professionnel à apporter de la solidité au nouvel équilibre. Le prestataire engagé aura-t-il toutes les compétences requises pour faire du service une solution adaptée, stable et durable ? Même si ses qualifications peuvent attester cette compétence, l'utilisateur peut-il se fier uniquement aux diplômes pour juger du réel degré d'implication et d'engagement du prestataire et de l'employé, de son savoir faire, son savoir être, de sa capacité à saisir ses attentes, etc. ?

D'autres problèmes peuvent apparaître pendant la relation de service et qui traduisent par d'autres inquiétudes : même si la personne âgée est convaincue des compétences du prestataire, le sera-t-il à propos de sa loyauté et de son honnêteté ? Dit autrement, le prestataire ne serait-il pas amené à exploiter la dépendance de la personne âgée pour en faire un sujet de domination ? Cette question mérite d'être posée sans *a priori*. L'existence des textes juridiques¹²³ et des chartes qui engagent moralement et

¹²³ La loi 02-2002 en est un exemple. De même, le code de l'action sociale réserve une place importante à cet aspect. L'un des points essentiels que pointent la loi, le code et les chartes des fédérations est le respect des valeurs, des croyances et de la liberté de la personne âgée. En ce sens, il s'agit non seulement de protéger l'intégrité physique de la personne âgée mais également son intégrité morale.

pénalement les comportements de maltraitance envers les personnes âgées en est une preuve. Cet état de fait pose donc un autre problème d'ordre moral et pas seulement d'ordre professionnel.

Ces interrogations résument un état d'esprit que l'on peut attribuer aux incertitudes des personnes âgées vis-à-vis du résultat final de la relation de service. Elles accentuent donc le caractère irréversible du service. Les conséquences de l'irréversibilité d'une coupe de cheveux ratée, pour reprendre l'exemple de Jean Gadrey, ne peuvent pas être du même ordre que les conséquences de l'échec de la relation de service d'aide à domicile. Par conséquent, la personne âgée peut se mettre dans une situation d'indécidabilité si elle considère que les conséquences d'un service irréversible sont lourdes. En ce sens, c'est parce qu'elle est incertaine sur l'issue de la relation de service que l'irréversibilité est vécue comme une décision lourde de conséquences. Si l'incertitude n'est pas aussi importante, l'irréversibilité aura un poids marginal dans la décision de la personne âgée.

3.3. L'incertitude radicale (ou critique)

La relation de services évolue dans un contexte constitué « d'attentes réciproques largement tacites, de savoirs partagés, de règles et de comportements non contractuels, c'est-à-dire implicites » (Gadrey, 1994). Ces attentes et les engagements de chacun sont exprimés antérieurement au déroulement de la relation. Cependant, rien ne garantit que le résultat espéré corresponde aux attentes. Ainsi, quand les acteurs s'engagent dans une relation de service, ils sont souvent incertains sur son résultat. Donc leurs actions sont inscrites dans un univers incertain. Deux facteurs possibles sont à l'origine de l'incertitude : le premier est lié à l'incapacité de prévoir les situations futures et le second est lié à l'incapacité d'anticiper le comportement des acteurs. Ces deux limites de la prévision constituent l'incertitude radicale au sens de Knight (1921) ou de critique au sens de Thévenot (1991).

3.3.1. L'incertitude sur les situations futures : évolution des besoins et adaptabilité du service

L'incertitude principale dans les services en général est le fait que la décision de recourir à un professionnel est un engagement antérieur au déroulement effectif de la prestation (Gadrey, 1994, p. 133). De la même manière, un employeur lorsqu'il engage un employé est toujours incertain sur les compétences de ce dernier. Comme le soulignait Jean Gadrey, l'incertitude est relative à la séparation dans le temps entre l'achat de la force de travail et sa mise en œuvre. C'est le même constat que l'on fait dans une relation d'aide à domicile. L'engagement de l'utilisateur est antérieur à la prestation fournie par le professionnel.

Cette incertitude prend une forme radicale lorsque le support de la prestation (les besoins) est changeant. En effet, les besoins de la personne âgée liés à la dépendance sont en évolution constante. Cette évolution affecte ses attentes dans la mesure où de nouveaux besoins apparaissent. La réalité à changer au sens de Gadrey (cf. figures 10 et 11 précédents) n'est plus la même. Ce qui suppose que le service doit être adapté à la nouvelle situation socio-sanitaire de la personne âgée. La dégradation de sa santé physique et psychique nécessite le recours à des qualifications plus adaptées. Le temps de l'aide et sa fréquence peuvent également évoluer. En outre, le passage d'une dépendance faible à une dépendance lourde fait rentrer d'autres acteurs dans la relation de service (gérontologues, médecins, etc.). Ainsi, le contenu du service et le contexte même de la relation de service évoluent avec l'évolution des besoins de la personne âgée.

Généralement, les acteurs doivent d'abord définir les besoins à traiter avant le déroulement de la relation de service. Nous avons vu précédemment que la définition des besoins peut faire l'objet de malentendus s'il n'existe pas de règles d'évaluation claires. Par ailleurs, l'évolution des besoins et de l'extension de la relation vers un horizon temporel obligent les acteurs à se mettre d'accord sur les engagements futurs du prestataire en fonction des nouvelles attentes de la personne âgée. En résumé, le prestataire s'engage à apporter les adaptations nécessaires dans l'éventualité d'une évolution de la situation de la personne âgée. Cet accord, pour qu'il soit complet, doit définir quand et comment le service sera adapté. Peut-on caractériser avec autant de précision toutes les situations futures liées à la dépendance de la personne âgée ? Autrement dit, peut-on prévoir les événements futurs qui viendront modifier sa situation sociale et sanitaire et par conséquent, ses attentes futures ? Pour dépasser ces limites de la prévision, les acteurs de la relation de service peuvent, par exemple, solliciter des diagnostics sanitaires réguliers à propos de la situation de la personne âgée. Cela correspond donc à une évaluation prospective des besoins.

« On part du point de vue que la dépendance est un processus irréversible, une fois entamé il ne fait que s'accroître avec le temps. Cependant, le rythme de perte d'autonomie est différent d'un individu à un autre, chaque personne âgée réagit différemment à l'âge. Techniquement, il est très difficile, voir impossible, de prévoir l'évolution de la dépendance sans une expertise médicale complète et régulière » (Dr. Huertz, Docteur en gériatrie, Hôpital de Tourcoing)

L'évaluation des besoins par une expertise médicale, selon l'avis du Docteur Huertz, peut être une solution pour prévoir les états futurs. Mais, comme insiste le Docteur Huertz, cette expertise ne peut être efficace que si le suivi médical est complet et régulier. Le coût trop élevé d'une telle expertise médicale peut s'avérer un obstacle pour une telle évaluation, à moins qu'elle ne soit prise en charge en dehors du contrat de prestation, c'est à dire par un tiers. C'est le cas dans l'aide à domicile, mais précisons que cette expertise n'a rien de complet ni de régulier. Il s'agit d'une réévaluation des besoins par la grille AGGIR intervenant postérieurement à la prestation. La loi instaurant l'APA prévoit une réévaluation du plan

d'aide tous les six mois. Mais en réalité, les personnes âgées peuvent rester plus de deux ans sans que leur situation soit réévaluée.

La seule indication qu'ont les acteurs pour prévoir le futur est l'observation des signes montrant la dégradation de l'autonomie de la personne âgée. Très souvent, les personnes âgées rentrent subitement dans une situation de dépendance lourde nécessitant une adaptabilité immédiate du service. C'est le cas de plusieurs personnes rencontrées pour qui le recours à un prestataire ou la modification des compétences nécessaires à sa prise en charge sont intervenus suite à un accident sanitaire. Le prestataire doit donc anticiper les moyens (compétences) pour réagir rapidement à l'évolution des attentes de ses clients. Mais face aux aléas du marché de l'emploi, il peut s'avérer difficile de disposer d'un employé qualifié très rapidement¹²⁴. Le recours aux compétences internes s'impose donc comme l'unique solution mais cela produit des changements organisationnels importants. *« Il faudrait bousculer toute l'organisation interne pour trouver des compétences dans l'immédiat, surtout lorsque l'urgence concerne plusieurs clients en même temps »* (responsable de secteur, Association ARA).

3.3.2. *L'incertitude sur le comportement des acteurs : l'aléa moral*

La relation de service d'aide à domicile engage des individus avec leur subjectivité et leurs caractéristiques intrinsèques. Leurs actions sont interdépendantes dans le sens où l'action des uns influence directement celles des autres. Nous examinons ici uniquement les interactions entre l'utilisateur et le prestataire en mettant en lumière l'incertitude à propos de leurs comportements respectifs.

Nous avons déjà souligné que l'utilisateur et le prestataire coproduisent le service (figures 10 et 11 précédentes). La coproduction ou la co-construction nécessite la coopération entre les deux acteurs. Soulignons que l'un des critères dans l'évaluation du résultat de la prestation est la capacité du prestataire à stimuler l'activité cognitive et physique de la personne âgée. Lui apprendre à faire elle-même certaines tâches est une sorte de réussite de la coopération. Or, la coopération de la personne âgée peut faire défaut notamment chez les personnes lourdement dépendantes. Parfois, l'argument sanitaire est mis en avant par ces personnes pour diminuer leur implication dans la coproduction du service. Comme le dit une employée : *« même en leur expliquant que c'est pour leur bien, ils trouvent toujours un moyen de tricher »* (employée de AAF, association d'aide à domicile).

¹²⁴ D'après nos enquêtes, les prestataires font face à une difficulté structurelle de recrutement des employés qualifiés. En outre, le turnover de cette catégorie d'employé semble être très élevé.

Nous insistons sur cet aspect pour une raison très importante. La famille de la personne âgée évalue la qualité de l'aide à travers l'efficacité du travail manuel effectué par l'employé, le ménage par exemple, et surtout à travers la qualité de la relation entre l'employé et le parent. Cette dimension est primordiale non seulement pour augmenter la satisfaction de la personne âgée mais surtout pour conduire celle-ci dans une relation de coproduction du service. La qualité du service d'aide à domicile atteint son niveau optimal quand la personne âgée accepte volontairement de coproduire le service. La volonté de coopérer avec l'employé est un indice de la satisfaction de la personne âgée de la prestation effectuée. Cet aspect psychologique dans l'évaluation de la qualité par les personnes âgées, nous l'avons observé chez la majorité des personnes interviewées. Cela démontre que la qualité du service dépend en grande partie de la capacité des employés à instaurer une relation de coopération.

Pour maintenir la satisfaction des personnes âgées, l'employé est donc toujours amené à chercher des solutions pour maintenir cette relation de coopération. Mais cela peut créer des conflits, comme le fait remarquer une autre employée : *« quand on leur explique qu'ils doivent faire un effort de participer aux activités, ils croient qu'on veut leur faire faire notre travail. Moi souvent j'ai eu des problèmes de ce genre avec la famille...sa fille [de la personne âgée NDA] m'a souvent reproché de ne rien faire et que c'est son père qui faisait le travail à ma place. Heureusement que ma directrice me soutient mais quand cela devient redondant elle peut avoir des doutes sur mon travail »* (employée de ARA, association d'aide à domicile).

Pour éviter ces critiques, l'employé peut être amené à suivre les recommandations de la personne aidée sans chercher véritablement à créer une relation de coopération. Dans ce cas de figure, les engagements du prestataire à restaurer ou à consolider l'autonomie de la personne âgée ne peuvent pas être tenus, s'il ne modifie pas les conditions de la relation de service. Il peut par exemple changer l'employé habituel par un employé plus qualifié ou plus expérimenté. Cela a un coût puisqu'il doit réaménager son organisation interne de travail voire même recruter un employé ayant un profil plus adapté. Par ailleurs, il peut prendre la décision de ne rien changer et laisser l'employé gérer la relation, ce qui est souvent le cas. Dans ces conditions, l'objectif du contrat de départ consistant à restaurer l'autonomie de la personne âgée évoluera vers un objectif moins ambitieux se limitant à une aide minimaliste d'entretien du domicile ou d'aide à la personne. En résumé, le comportement des trois principaux acteurs de la relation, l'usager, le prestataire et l'employé, peut modifier les règles du contrat, et voire même dénaturer l'objet du contrat de prestation. Comme le fait remarquer André Orléan (1991), l'incertitude fait émerger des comportements stratégiques pouvant aboutir à modifier la nature de l'objet échangé. La relation de service de qualité dans laquelle les acteurs se sont engagés, peut se transformer en une relation strictement tournée vers le travail d'aide ménagère.

L'utilisateur, à travers son comportement, crée de l'incertitude mais il supporte également cette incertitude. Il sait que ses besoins évoluent et par conséquent, il est de son intérêt d'exiger dès le départ l'engagement du prestataire à adapter le service à cette évolution. Mais peut-il savoir si le prestataire dispose des capacités nécessaires pour adapter le service ? Supposons que le prestataire soit une grande structure qui peut garantir un service individualisé. Même dans cette situation, le doute peut exister à propos de sa volonté d'adapter le service en temps voulu. Les difficultés organisationnelles, la malhonnêteté, l'opportunisme, etc. sont autant de facteurs qui peuvent conduire le prestataire à ne pas réagir rapidement à l'évolution de la situation de la personne âgée. Même si la confiance existe entre l'utilisateur et le prestataire, il faudrait que ce dernier observe attentivement l'évolution des besoins pour détecter les signes de dégradation. Or, comme le dit le Docteur Huertz, *« il faut être très attentif au comportement et à la réaction de la personne âgée pour déceler une modification de sa situation, il y a des gestes symptomatiques qu'il faut savoir observer et surtout il faut passer beaucoup de temps avec elle »* (Docteur de gérontologie à l'hôpital de Tourcoing). Ce travail de veille sanitaire repose sur l'employé. Il doit remonter l'information à son responsable s'il remarque un changement dans le comportement des personnes aidées¹²⁵. Il s'agit d'une mission de prévention et de santé publique notamment pendant les situations critiques comme la canicule et le grand froid. Mais dans la réalité, les employés ne sont pas formés à cette mission. Et même s'ils disposent des compétences en la matière, des défaillances sont souvent notées dans la circulation de l'information entre les différents acteurs (employés, prestataires, gérontologues, médecins, etc.). En outre, le manque de reconnaissance sociale du métier de l'aide à domicile n'incite pas réellement les employés à une meilleure implication, de façon à ce qu'ils remplissent cette mission. Des questions sur le comportement de l'employé vis-à-vis de cette mission sont tout à fait légitimes.

Dans la pratique, les besoins de la personne âgée sont réévalués à sa demande, à la demande de son médecin ou de son prestataire d'aide à domicile. La réévaluation est effectuée par l'équipe médicosociale du Département. Le montant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est le principal enjeu de cette réévaluation des besoins. Si la personne âgée est classée à un niveau supérieur dans la grille AGGIR, le prestataire doit être capable de certifier ses capacités à prendre en charge ce type de besoins. La première des exigences professionnelles est l'obtention de l'autorisation ou de l'agrément qualité. Le prestataire perd son client s'il ne dispose pas de compétences suffisantes. La réévaluation des besoins peut donc faire émerger de nouveaux besoins, de nouvelles contraintes et également elle peut se traduire par l'intervention de nouveaux acteurs : les institutions de régulation, le médecin, probablement d'autres professionnels comme les gérontologues avec qui le prestataire doit coordonner son intervention.

¹²⁵ Cette mission d'observation sanitaire concerne les employés qualifiés. Elle est inscrite dans la Convention collective d'aide à domicile

L'intervention de ces différents acteurs apporte d'autres questionnements sur leurs comportements. Le prestataire a-t-il donc un intérêt à déclencher une procédure de réévaluation des besoins de ses clients ? On peut supposer que cela renforce sa réputation et le fera bénéficier d'un supplément d'activité. Mais aussi cela implique pour lui de nouvelles contraintes en termes de procédures d'agrément, de moyens humains et de compétences.

3.4. Le tarif fixé par le financeur à l'aune des anticipations stratégiques

L'enjeu de la réévaluation des besoins dans les rapports entre les prestataires et les financeurs mérite d'être examiné avec intérêt. En situant ces rapports dans une logique purement économique, on peut penser que le financeur privilégie davantage les rapports avec les prestataires « passifs » qu'avec les prestataires qui demandent régulièrement des plans de réévaluation pour leur client. Le tarif unique fixé par le financeur semble être déterminé sur la base du coût moyen de référence sur le marché. Ce dernier se définit comme étant celui du prestataire qui se situe à la médiane de la structure des coûts d'un échantillon représentatif de prestataires. La contrainte budgétaire de l'énième prestataire peut se retranscrire par une équation simple entre son coût moyen et le tarif fixé (tarif remboursé). Le coût moyen doit être inférieur ou égal au tarif remboursé. Cela revient à dire que le coût moyen de prise en charge de sa clientèle doit être au plus égale au tarif fixé. L'augmentation du niveau moyen de dépendance de la clientèle suppose donc l'augmentation du coût moyen de sa prise en charge.

Financièrement, et en restant toujours dans la logique économique pure, le prestataire n'a pas intérêt à réévaluer les besoins de ses clients de crainte d'augmenter son coût moyen. Cela peut être le cas surtout dans un contexte de raréfaction du financement de la solidarité. Comme le fait remarquer un des acteurs de la régulation que nous avons rencontré, *« les organisations prestataires préfèrent ne pas prendre en charge la dépendance lourde pour la simple raison qu'elles engagent des moyens financiers importants en terme de qualification »* (Responsable de l'action sociale du Département Isère). La nouvelle tarification de l'aide à domicile instituée par la loi 2002 rénovant l'action sociale, insiste sur le rapport prix-qualité comme critère de financement des prestataires. Tout porte à croire que l'autorité tarifaire choisit de financer les prestataires qui rentrent dans une fourchette de coûts bien déterminée. Cette fourchette est fixée par le jeu de la concurrence. Il s'agirait d'une moyenne établie par la concurrence. C'est le marché qui détermine le rapport prix-qualité qui servira de référence au financeur. Dit autrement, les prestataires qui s'écartent considérablement de la moyenne (la référence) subiront des contrôles ou tout simplement se voient refuser le financement.

En formalisant les rapports entre le financeur et les prestataires sous forme d'un jeu stratégique (encadré suivant), on peut affirmer que la détermination du tarif unique met en jeu des anticipations croisées.

Chaque prestataire a un intérêt à augmenter ses coûts proportionnellement aux autres prestataires, de sorte que son coût moyen évolue parallèlement au coût moyen du marché. Dans ce cas, la référence retenue par le régulateur évolue proportionnellement au coût moyen du marché. Si cette règle est suivie à la lettre par tous les prestataires, aucun d'entre eux n'hésitera à réévaluer les besoins de ses clients puisque tous les prestataires le feront. Se conformeront-ils tous à cette règle ? Commence alors un processus d'anticipations stratégiques sur ce que fera l'autre. Pour capter une plus value, un prestataire « rationnel » a intérêt à augmenter ses coûts d'une proportion inférieure à celle de la majorité des prestataires. Cela lui permet de pratiquer un prix inférieur au prix moyen. En l'absence d'entente solide entre tous les prestataires, chacun mu par son intérêt individuel, optera pour une hausse minimale, voire nulle de ses coûts. L'encadré suivant propose un jeu non coopératif pour mieux illustrer ces comportements.

Encadré 14. Formalisation du comportement stratégique des prestataires par un jeu non-coopératif

Supposons que le tarif T est égal au coût moyen du prestataire médian S . Pour simplifier le raisonnement, nous supposons que le coût moyen de S coïncide avec le coût moyen de l'ensemble des prestataires agrégés. Ce qui signifie que les écarts des coûts moyens entre les prestataires sont uniformément distribués. Pour que le financeur accepte d'augmenter T , il faut que S augmente d'une proportion M . On note **la condition (A)** : $T + M = T'$, le nouveau tarif augmenté. On fait l'hypothèse que M est un objectif à atteindre dont la valeur est prédéterminée de concert entre tous les prestataires.

Pour que S augmente de M , il faut que chaque prestataire i augmente son coût moyen d'une certaine proportion m_i . Dans ce cas, $M = [\sum m_i] / n$. Avec n , le nombre de prestataires composant l'échantillon. Autrement dit, M est la moyenne des augmentations des coûts de l'ensemble des prestataires. Dans cette situation, le gain total des prestataires avant est après l'augmentation est identique. On peut noter : $T - S = T' - (S+M)$. Pour qu'aucun prestataire ne subisse une perte, il faut que l'augmentation de son coût moyen m_i soit compensée par l'augmentation du tarif. Si la proportion m_i est identique pour chaque prestataire, alors aucun prestataire ne subit une perte si la condition (A) est vraie. Le contrat est donc que chacun augmente son coût moyen de la valeur relative M .

Le prestataire i peut néanmoins réaliser une plus value si m_i est inférieure à M . Mais si un nombre important de prestataires suit le même comportement que celui du prestataire i , alors la valeur de M tend vers zéro. Donc le prestataire i a intérêt à ce qu'au moins la majorité des prestataires augmente leurs coûts moyens respectifs à une valeur égale à M .

Le jeu qui peut représenter la situation est celui du dilemme du prisonnier. C'est un jeu où chacun dispose d'une stratégie strictement dominante. Les deux joueurs sont les deux prestataires (ou deux groupes de prestataires) A et B. Leurs stratégies consistent à augmenter le coût moyen d'une proportion **inférieure** à M ou d'une proportion **égale** à M .

		Prestataire A	
		Inférieure à M	Égale à M
Prestataire B	Inférieure à M	1 1	10 0
	Égale à M	0 10	5 5

Dilemme du prisonnier adapté à la situation de deux prestataires

Si le prestataire A diminue son coût moyen d'une proportion égale à M , il obtient un gain de 5 si tous les autres prestataires (B) diminuent également leurs coûts moyens de la même proportion. Il obtient un gain nul si le coût moyens des autres prestataires a diminué d'une proportion inférieure à M . En revanche, si le prestataire A choisit de baisser son coût moyen d'une proportion inférieure à M , il obtient un gain égal à 1, si les autres choisissent de baisser leur coût moyen à une proportion inférieure à M et un gain égal à 10 si leur baisse est égale à M . Ce raisonnement est symétrique pour B.

Dans ce jeu, les deux prestataires doivent se coordonner sur un meilleur équilibre. Choisir d'augmenter leurs coûts moyens respectifs à une valeur égale à M est une solution optimale. Mais la rationalité stratégique suppose que les prestataires A et B vont choisir leur stratégie strictement dominante s'ils en ont une. C'est le cas dans ce jeu, puisque la stratégie « Inférieur à M » domine strictement la stratégie « Égale à M ». Chacun a intérêt à opter pour cette stratégie quel que soit le choix de l'autre. Unanimement les prestataires vont diminuer leurs coûts moyens respectifs à une proportion inférieure à la

valeur M . De fait, ils choisissent de se coordonner sur un équilibre de Nash non optimal au sens de Pareto. Sans coopération réelle, leur rationalité économique individuelle ne leur permet pas d'atteindre la solution optimale.

L'augmentation du coût moyen M correspond, au niveau de chaque organisation prestataire, à l'augmentation du niveau moyen de dépendance des usagers clients. Les prestataires seront donc amenés à maintenir ce niveau constant. On peut même penser que les prestataires auront intérêt à ne pas prendre en charge les personnes âgées lourdement dépendantes ou réduire leur proportion. Ceci nous a été confirmé par le directeur de l'action sociale du Département de l'Isère : *« les associations ont tout à fait raison de craindre une hausse du nombre de personnes âgées qui font appel à leur service. Il y a une tendance à ne pas s'investir dans la prise en charge de la dépendance lourde de peur d'augmenter les coûts. La nouvelle tarification doit prendre en compte cette crainte sinon, nous aurons un manque d'offre ou un manque de qualité, ce qui n'est pas le but initial »*.

L'issue de ce jeu peut donc être interprétée par la diminution du nombre de prestataires offrant des services adaptés aux personnes lourdement dépendantes. Le secteur associatif sur lequel repose l'essentiel de la demande actuellement peut être contraint à s'ouvrir plus vers les autres activités moins coûteuses que sur la prise en charge de la dépendance lourde. La deuxième interprétation du résultat du jeu consiste à considérer la baisse du coût moyen comme synonyme de baisse de la qualité. Si les règles de tarification sont très serrées, les prestataires spécialisés dans la prise en charge de la dépendance lourde vont être amenés à baisser la qualité des services.

3.5. L'incertitude qualitative versus sélection adverse

La qualité des prestations sur le marché de l'aide à domicile n'est pas observable. L'utilisateur est confronté à cette difficulté lorsqu'il a en face des prestataires, *a priori*, qualitativement différents. En réalité, les prestataires n'ont aucun moyen objectif pour rendre compte de leur différence de qualité. Traditionnellement, c'est le mécanisme des prix qui doit jouer ce rôle lorsque les biens et services échangés sont parfaitement constitués. Un prix élevé signifie alors une qualité supérieure et inversement.

Sur le marché de l'aide à domicile, le prix est fixé à l'extérieur du marché. C'est l'autorité tarifaire qui fixe un prix (tarif) unique pour tous les prestataires et tous les usagers. Les prestataires affichent un prix unique quelle que soit leur différence de qualité et les usagers payent le même prix quel que soit leur niveau de dépendance. Les financeurs interdisent toute augmentation de prix en menaçant les prestataires de déconventionnement. Le mécanisme des prix ne joue donc aucun rôle dans la coordination des échanges et encore moins dans le signalement de la qualité. Par conséquent, les prestataires doivent

trouver d'autres arrangements pour signaler leurs qualités. Les enseignes de qualités qui sont en phase de développement peuvent être une solution à ce problème. La norme Afnor créée depuis deux ans et la certification Qualicert sont deux signaux de qualité qui se développent timidement sur le marché¹²⁶.

Plusieurs auteurs comme Bernard Enjolras (1995), Jacques De Bandt et Jean Gadrey (1994), Jean-Louis Laville (2002) ou Patrick Haddad (2003) ont signalé l'existence de l'incertitude sur la qualité dans l'aide à domicile aux personnes âgées. En effet, le prestataire dispose de plus d'informations sur la qualité réelle de ses services par rapport à l'usager. En introduisant le temps, l'incertitude sur la qualité se transforme en incertitude sur les capacités adaptatives du prestataire à faire évoluer la qualité en fonction de l'évolution de la dépendance de l'usager. En ce sens, c'est une incertitude qui met en cause la nature même de l'action. Ce type d'incertitude qualifiée de *critique* par Thévenot (1989) revêt une forme plus contraignante dans l'aide à domicile. L'usager non seulement ignore la qualité du service qu'il voudrait acheter, mais cette ignorance s'étend vers les capacités du prestataire à améliorer cette qualité dans le futur.

La libéralisation des prix entraîne-t-elle une différenciation des qualités sur le marché ? La concurrence par les prix peut aider à construire un marché où les usagers auront le choix entre des qualités différentes. Cela suppose-t-il que l'incertitude disparaît ? Il n'en est pas certain. L'incertitude qualitative existera toujours si l'on admet que le prix ne médiatise pas la qualité réelle du service. Ceci s'explique par le fait qu'une partie de l'information sur la qualité du service échappe à la logique des prix. Le prestataire en fixant un prix élevé envoie un signal sur sa qualité. Mais un prix élevé ne signifie pas en tout temps et pour toutes les situations une qualité meilleure. L'usager n'a aucun moyen pour apprécier la qualité du service proposé à sa juste valeur. Il lui faudra consommer le service et d'une manière récurrente pour qu'il puisse évaluer sa qualité. L'avantage informationnel dont dispose le prestataire peut donc le conduire à fixer des prix surélevés par rapport à la qualité réelle de ses prestations. La récurrence de ce type de comportements sur le marché entraîne une méfiance des usagers par rapport à l'information donnée par les prix à propos de la qualité.

Ainsi, l'incertitude qualitative ne disparaît pas même si les prix sont librement fixés. Ce type d'incertitude est qualifié de sélection adverse ou d'anti sélection. Ce phénomène apparaît lorsque l'une des deux parties du contrat d'échange détient une information pertinente concernant l'objet échangé, qu'il ne révèle pas à l'autre partie du contrat. Cela lui permet d'engranger une rente dite *informationnelle*. Dans l'aide à domicile, l'information cachée peut être les qualifications du personnel intervenant (niveau de

¹²⁶ En 2006, seulement une cinquantaine de prestataires ont été certifiés NF « services à la personne ». Ce nombre est multiplié par 2 fin 2007 (selon les chiffres communiqués par le certificateur Afnor).

qualification du service) ou les capacités du prestataire à adapter le service à l'évolution des besoins de la personne aidée.

3.5.1. Le lien entre l'incertitude sur la qualité et l'incertitude sur les comportements

La différence entre l'incertitude sur la qualité dans l'aide à domicile et la sélection adverse sur le marché des produits matériels est très importante à souligner ici. La sélection adverse quand l'échange concerne un produit disparaît dès le moment où l'échange est conclu. Dans l'aide à domicile, la sélection adverse est permanente tant que la relation entre l'usager et le prestataire continue. Nous avons souligné le fait que la prestation de service doit être adaptée à l'évolution de la dépendance de la personne âgée. L'incertitude critique du service d'aide à domicile ne concerne pas uniquement la qualité immédiate du service mais elle s'étend vers l'action des acteurs. En effet, avant le déroulement de la relation de service, la personne âgée est incertaine sur la capacité qualitative du prestataire à intervenir sur l'objet de la prestation, c'est-à-dire sa capacité à prendre en charge sa perte d'autonomie. Cette incertitude est renforcée quand les usagers sont incapables de différencier qualitativement les prestataires sur le marché. Une autre incertitude critique émerge et va au-delà de l'intervention à l'instant t . Elle concerne la capacité ou la volonté du prestataire à ajuster les qualifications mises en œuvre initialement pour répondre à l'évolution de l'objet d'intervention. C'est une incertitude dans l'action qui peut concerner les capacités techniques et professionnelles du prestataire et de ses employés, ou qui met en cause son comportement.

Recruter des employés qualifiés ou former ses propres employés est un engagement dans le futur qui peut être discutable. On ne peut ni prévoir si le marché de l'emploi peut offrir les qualifications demandées ni savoir si le prestataire disposera de moyens pour recruter ces employés ou former ses propres employés. On peut même s'interroger sur « l'honnêteté » du prestataire à fournir l'effort nécessaire dans ce sens. De plus, l'arrivée d'une nouvelle équipe de direction à la tête de l'organisation prestataire peut remettre en cause les engagements initiaux surtout lorsque ceux-ci sont implicites, ce qui est le cas dans l'aide à domicile notamment en ce qui concerne les engagements sur la qualité. Puisque la relation de service de l'aide à domicile s'inscrit dans le temps, l'incertitude critique sur la qualité focalise à la fois la sélection adverse et l'aléa moral. C'est à juste titre que Laurent Thévenot la qualifie de critique dans le sens où « elle porte sur la définition des biens » (Thévenot, 1989, p.176).

3.5.2. L'impact de l'incertitude qualitative sur le marché

Akerlof (1970) montre qu'en présence de sélection adverse, le marché finit par disparaître. « *L'introduction de l'incertitude sur la qualité de la marchandise dénature profondément le cadre de l'échange au point de bloquer tout équilibre* » (Akerlof, op.cit.). Dans la réalité, les marchés où ce phénomène est omniprésent ne disparaissent pas totalement, mais se rétrécissent ou peinent à se développer. Selon André Orléan (1991), la défaillance des mécanismes du marché s'explique par la double fonctionnalité des prix. Ils doivent à la fois gérer la rareté du bien échangé et médiatiser la qualité. Quand le prix augmente, cela peut exercer un effet dépressif sur la demande. En revanche, l'augmentation des prix peut être synonyme d'une augmentation de la qualité moyenne des marchandises proposées à l'échange. Étant donné que la qualité n'est pas observable par les acheteurs, ils se fient à une estimation subjective de la qualité moyenne. À un prix donné, les propriétaires de marchandises dont la qualité réelle est inférieure au prix sont attirés par le marché. L'augmentation de l'offre de basse qualité conduit à la baisse du prix. Plus le prix baisse plus la qualité estimée baisse. Par conséquent, les acheteurs potentiels des marchandises de qualité quittent le marché et les vendeurs de ce type de marchandises se retirent également. Cette séquence est récurrente jusqu'à la disparition du marché.

Cette analyse proposée par le modèle d'Akerlof peut-elle être transposée à l'aide à domicile aux personnes âgées ? Si l'incertitude qualitative est une réalité, les mécanismes conduisant à la disparition du marché ne fonctionnent pas de la même manière. Au contraire, nous remarquons que le marché de l'aide à domicile est en expansion rapide. Peut-on dire que le problème d'incertitude sur la qualité n'affecte que très marginalement les décisions des individus ? Peut-être que oui puisque ce marché existe et se développe. D'un autre côté, nous constatons que les services de basse qualité, ceux fournis dans le cadre du gré à gré, dominant le marché. Le prix explique seulement en partie cette position dominante de la basse qualité. L'incertitude sur la qualité des organisations prestataires en est aussi une explication possible. En effet, puisque l'utilisateur est incertain sur la qualité offerte par ces organisations, il préfère recourir au service de gré à gré moins cher que de prendre le risque d'acheter un service de qualité incertaine et plus cher. Il semble que le manque de visibilité de la qualité des services des organisations ne justifie pas le prix élevé aux yeux des usagers.

En outre, on a souvent souligné qu'il existe des besoins latents en matière d'aide à domicile. Laville (1998) précise que le facteur psychosocial freine considérablement la demande. Ce facteur peut désigner à la fois l'aléa moral et la sélection adverse. On peut soutenir que d'énormes besoins potentiels ne se transforment pas, ou très peu, en une demande même en présence d'importants stimulants financiers accordés par l'État. En 2004, le nombre d'allocataires de l'APA représente seulement 7% des personnes âgées de plus de 60 ans et 18% des personnes âgées de plus de 70 ans. La faible proportion des bénéficiaires de cette allocation pourrait s'expliquer, en partie sans doute, par le phénomène d'incertitude sur la qualité des prestations. En d'autre part, le rapport de la Cour des Comptes (2006) et la DARES

(Campéon et Le Bihan, 2006) soulignent le fait que 70% des besoins d'aide à domicile ne sont pas pris en charge. Il existe donc une demande importante qui n'est pas satisfaite à cause, peut être, de l'incertitude sur la qualité.

Pour Laurent Thévenot, l'incertitude critique (qualitative), ne pouvant pas être réglée par les prix, *dénature l'épreuve marchande* (id. p 176). Dans l'aide à domicile, l'objet échangé peut être dénaturé dans le sens où les engagements pris par les uns et les autres peuvent être revus à la baisse. Étant donné que la majorité de ces engagements se portent sur la qualité, c'est celle-ci qui se trouve au centre des manipulations stratégiques. En des termes clairs, l'incertitude critique conduit, au cours de la prestation, à tirer la qualité vers le bas¹²⁷. En effet, les usagers souvent hésitent à substituer complètement l'aide familiale informelle par une aide professionnelle étant donné l'incertitude sur la qualité. Comme le montrent des études sociologiques sur la dépendance, « l'aide familiale ne diminue pas mais au contraire elle se développe ». Les usagers tendent à déléguer plutôt les tâches qui sont peu affectées par l'incertitude : le ménage, l'entretien, le repassage...etc. Quand il s'agit de l'aide à la personne (la dimension psychoaffective, toilette, etc.), les proches prennent souvent le relais de l'intervenant professionnel, lorsque cela est possible. La personne âgée ne s'engage pas totalement dans une relation de service, elle laisse toujours une porte de sortie à cause de l'incertitude. De ce fait, la demande en ces services est traitée dans le cadre informel et seulement une partie est externalisée vers le marché. Cela explique, dans une certaine mesure, le fait qu'une partie des besoins d'aide à domicile ne se transforme pas en une demande de services.

3.6. *L'incertitude communicationnelle*

Le service d'aide à domicile est un service non standard dans la mesure où la prestation s'applique à des êtres et à des situations différentes. Chaque prestation est un service personnalisé prenant en compte la dépendance de la personne âgée, ses caractéristiques sociologiques et culturelles. « *Chaque personne âgée est une situation à part...les personnes que j'aide sont toutes des personnes âgées dépendantes, mais la manière de travailler n'est jamais identique, et parfois pour une même personne cette manière change d'un jour à un autre...* » (Employé, DEAVS, association ARA).

La prestation se déroule selon les recommandations de la personne âgée. Elle formule sa demande et indique la manière dont cette demande doit être prise en charge. Ses recommandations sont une tentative,

¹²⁷ En essayant de cadrer les zones d'incertitudes sur la qualité au travers d'engagements écrits (clauses du contrat), les deux parties finissent par ne pas respecter ces engagements. Les causes se situent dans la fragilité du rapport de confiance entre les deux parties et la domination du gain certain sur le gain espéré futur.

consciente ou inconsciente, de modeler le service selon la façon dont elle a l'habitude d'accomplir les tâches domestiques, ou selon ses espérances. Plus le service est proche de la forme espérée, plus sa qualité est estimée positivement par la personne âgée. Les habitudes et les attentes des usagers constituent donc un autre argument de personnalisation du service.

La variabilité des situations auxquelles est confronté l'employé nécessite donc des adaptations permanentes. Il doit produire la prestation en fonction des règles édictées par son employeur mais aussi en fonction des attentes exprimées par l'utilisateur et de ses exigences. Cependant, chaque employé présente un certain nombre de caractéristiques qui le distinguent des autres. Il s'agit de qualités innées ou socialement et culturellement acquises. Le fait d'être une femme ou un homme, le savoir faire, le savoir être, le langage, l'aspect physiognomique, etc. sont autant de caractéristiques personnelles qui différencient les employés. Par conséquent, le travail effectué, donc le service, est différent dans la mesure où ces qualités personnelles occupent une place importante dans la prestation.

En analysant la relation de travail, Robert Salais (2004, p 396), considère que chaque employé est une personne qui présente un ensemble de traits personnels (biographie située dans un temps et un lieu, caractères idiosyncrasiques, connaissances...) qui la différencie des autres. Ces caractéristiques ne sont pas transmissibles d'un employé à un autre. De plus, chaque employé réagit différemment aux règles de travail, c'est ce que Robert Salais qualifie de *zone d'autonomie* dans les relations de travail. Le comportement de chaque employé est imprévisible vis-à-vis des dispositifs internes de la firme, que ce soit des *stimuli* financiers ou des programmes de production. Les actions de travail demeurent ainsi marquées d'imprévisibilités irréductibles dans l'absolu (Salais, 2004, p. 396). Cette imprévisibilité peut devenir problématique dès lors que la production met en œuvre des collectifs de travail. Dans cette situation, « chacun doit interpréter les actes (gestes et actes de langage) des autres pour en comprendre le sens et se comporter de façon pertinente » (Salais, op. cit. p 397). Les employés, mais également l'employeur ou le responsable, doivent accéder à ce niveau de compréhension et d'interprétation. Or, ceci n'est pas toujours le cas. Les zones d'autonomie que conserve chaque employé sont une source d'incertitudes pour les autres. Ce type d'incertitude est qualifié de *communicationnelle* par Robert Salais comme le note-t-il : « nous devons donc immédiatement ajouter que l'incertitude tenant à la personne doit être comprise comme une incertitude communicationnelle » (Salais, 2004, p. 397).

En ce qui concerne l'aide à domicile, l'incertitude *communicationnelle* est un peu différente de celle décrite par Robert Salais. Il s'agit de la capacité de l'employé à interpréter les actes de la personne âgée afin d'adapter son action au cours de la relation de service. La personne âgée est donc confrontée à cette incertitude puisqu'elle ne peut pas savoir, *a priori*, si l'employé possède ces capacités. L'interprétation des attentes de la personne dépendante est un travail constant. L'évolution de la dépendance met en exergue de nouvelles attentes qui ne sont pas forcément descriptibles par un langage. Il s'agit d'une

demande compulsive selon les termes de Brigitte Croff (1994). Dans ces situations, la prise en charge de la dépendance de la personne âgée s'appuie sur un travail consciencieux d'interprétation et de compréhension¹²⁸. Pour comprendre la situation de la personne âgée, l'employé doit savoir interpréter les signes symptomatiques de cette demande compulsive. Il doit également reformuler la demande en un langage commun que comprenne la personne âgée et éventuellement d'autres employés intervenant chez elle. Sans ce travail, en amont et souvent au cours de l'action, la qualité espérée par la personne âgée ne sera pas atteinte. La réputation de l'organisation peut être affectée si ce travail n'est pas effectué par le salarié. Elle doit donc stimuler ses employés dans ce sens. Mais, comme le note Salais, chaque employé réagit différemment aux règles et aux procédures. D'autant plus que l'organisation n'a aucune emprise sur la qualité du travail de son employé puisque la relation de service est décentralisée au niveau du domicile de la personne âgée. Les zones d'autonomie dont parle Salais prennent toute leur importance dans l'aide à domicile. De cette incertitude communicationnelle résulte deux conséquences majeures :

- La qualité du service d'aide à domicile dépend principalement de la qualité de la relation entre l'utilisateur et l'employé. Malgré les règles internes qui devraient assurer une certaine qualité des services, l'employé peut ne pas les respecter sans que l'employeur puisse le contrôler. En ce sens, même si l'organisation fait un effort pour améliorer sa qualité, celle-ci ne sera effective que si les employés s'impliquent activement.
- Les caractéristiques personnelles de l'employé constituent un gage de réussite de la relation entre l'employé et l'utilisateur. Par exemple, l'appartenance à une même catégorie sociale ou une même culture facilite cette activité cognitive d'interprétation des besoins. Par conséquent, quand les personnes âgées exigent de leur prestataire un profil bien défini de l'employé, elles tentent de s'appuyer sur ces critères pour réduire l'incertitude communicationnelle. Il s'agit d'une forme d'objectivation du service par ces qualités relationnelles pour reprendre les termes d'Eymard-Duvernay (2004). La sollicitation des qualités féminines pour produire le service d'aide à domicile illustrent parfaitement cette forme d'objectivation dans ce métier.

On a souvent soutenu l'idée que l'évaluation de la qualité est postérieure à la relation de service. Ceci est vrai pour un grand nombre de services qui sont plus ou moins standards. Dans les services d'aide à domicile, l'utilisateur possède des indications de ce que sera la qualité avant même le déroulement de la prestation. Les qualités relationnelles sont des repères sur lesquels les usagers s'appuient pour fonder leur estimation de la qualité future. Ainsi donc, nous pouvons soutenir l'idée que *l'évaluation subjective* de la

¹²⁸ Les psychanalystes soulignent l'importance de la compréhension dans la relation d'aide : « l'empathie est l'attitude qui est à la base de toute relation d'aide, on peut la définir comme la capacité de se mettre à la place de l'autre. Mission ingrate car elle suppose que l'on se projette soi-même dans l'avenir comme vieillard » Yves Kagan, Dictionnaire de pratiques gériatriques, 1996.

qualité est antérieure au déroulement de la prestation. Le rôle des qualités relationnelles comme formes d'objectivation du service est central dans la réduction de l'incertitude communicationnelle.

CONCLUSION DU CHAPITRE IV

L'aide à domicile est une relation socioéconomique de service entre deux principaux acteurs : l'utilisateur et le prestataire. Selon Jean Gadrey (1992), la coopération entre les acteurs de la relation de service est importante à son bon déroulement. Autrement dit, l'évaluation du résultat, donc de la qualité du service, dépend en grande partie de cette coopération. Cela est surtout vrai pour les services relationnels comme l'aide à domicile. Nous distinguons deux niveaux de la relations de service d'aide à domicile : le niveau de la relation réduite composé de l'utilisateur et du prestataire et le niveau de la relation étendue associant les différents acteurs de l'aide à domicile (intermédiaires, régulateur, etc.). Dans le premier niveau, la relation de coopération s'appuie principalement sur les compétences relationnelles et l'effort du salarié. Ces deux aspects sont donc primordiaux à l'évaluation de la qualité du service. Dans le deuxième niveau, la coopération dépend de l'entrecroisement des intérêts des acteurs composant la relation étendue. Quand les intérêts sont convergents, la coopération peut se réaliser facilement. Elle se matérialise par des partenariats entre les différents acteurs locaux. En revanche, quand les intérêts sont divergents, cela peut conduire à des tensions. Nous les avons analysées à partir du modèle des économies de la grandeur de Boltanski et Thévenot (1991). Cette grille d'analyse nous a permis d'identifier les sources de ces tensions et la façon dont les acteurs peuvent les dépasser. Quand la justification des actions ou des intérêts est différente, il est nécessaire de construire des compromis permettant de dépasser les situations conflictuelles. Ces compromis sont construits sur la base d'un principe commun qui s'impose à tous. Ce principe peut appartenir à un registre donné. Dans ce cas précis, la coordination entre les différentes décisions individuelles appartient à ce registre. C'est le cas par exemple du compromis sur la définition des besoins liés à la dépendance qui appartient au registre civique puisque la méthode d'évaluation est instituée par la Loi. Malgré le conflit entre le contenu de cette méthode à domination sanitaire et la conception de l'aide à domicile à domination sociale (registre domestique), la loi instituant la méthode d'évaluation permet de dépasser ce conflit. Cette coordination à partir d'un registre commun certes n'élimine pas toutes les tensions mais au moins elle permet de lever les ambiguïtés dans l'interprétation des comportements individuels. Ceci dit, les actions des acteurs de l'aide à domicile et même les règles du fonctionnement du marché sont ancrées dans un système de compromis sociaux. La qualité est ainsi socialement construite dans le cadre de ces compromis.

La qualité dans l'aide à domicile peut être évaluée selon deux conceptions différentes. Chaque conception peut appartenir à un monde différent selon le modèle des économies de la grandeur. Nous distinguons la qualité du service et la qualité totale de l'organisation prestataire. Cette distinction permet de séparer le marché de l'aide à domicile en deux types de marché : le marché des services dominé par les rapports de gré à gré et le marché des organisations. L'évaluation de la qualité du service consiste à définir la qualité à partir des compétences du salarié et de ses qualités relationnelles. Quand cette relation n'est pas intermédiée par une organisation, le contrat est de type gré à gré. Dans le cas contraire, la relation entre l'utilisateur et le salarié n'est pas contractualisée mais s'appuie sur le contrat de prestation entre l'utilisateur et le prestataire d'une part, et le contrat de travail entre le salarié et le prestataire d'autre part. Ainsi, on peut avoir deux modes d'évaluation de la qualité selon que l'utilisateur évalue la relation avec le salarié ou la relation avec l'organisation. Cela revient à dire qu'une partie des utilisateurs privilégie la qualité de la relation de proximité avec le salarié et d'autres privilégient la qualité de la relation contractualisée avec l'organisation. Entre ces deux cas extrêmes, il existe une multitude de formes d'évaluations combinant les différentes dimensions des deux types de qualité. L'évaluation de la qualité du service fourni par le salarié est souvent subjective. C'est le résultat de la relation directe entre l'utilisateur et le salarié qui est évaluée. A l'inverse, pour une partie des utilisateurs, l'évaluation est effectuée principalement sur la qualité de l'organisation et non pas sur la qualité du service. Autrement dit, c'est l'organisation que l'on juge et non pas le salarié. Le résultat de la relation de service est évalué à partir de la qualité totale de l'organisation. Si par exemple, le travail du salarié ne donne pas satisfaction, l'utilisateur peut exiger de l'organisation de le remplacer. Cette possibilité d'ajuster la qualité du service en effectuant des changements ou des réparations fait partie de la qualité totale de l'organisation. Cette notion recouvre à la fois les capacités d'adaptation de la qualité du service et la capacité à offrir des services variés. Ceci permet une prise en charge globale et adaptée des besoins. C'est ce que nous avons qualifié de qualité dynamique des organisations.

Cependant, l'organisation n'est pas dotée systématiquement d'une qualité dynamique. Plusieurs organisations sont mono-spécialisées, donc ne pouvant pas offrir la variété. D'autres organisations sont peu réactives aux exigences des utilisateurs et à l'évolution de leurs besoins. La qualité d'adaptation est donc différente selon les organisations. Le marché est donc composé de qualités différentes. Or, cette différence de qualité est difficilement observable par l'utilisateur. Cette caractéristique de l'offre sur ce marché, nous l'avons désignée par la notion d'incertitude qualitative. C'est une incertitude critique au sens de Thévenot (1991). Elle renvoie à l'insuffisante constitution des biens et services offerts sur le marché selon cet auteur. L'incertitude qualitative dans l'aide à domicile résulte de l'absence d'un outil permettant aux prestataires de signaler leurs différences de qualité et aux utilisateurs d'apprécier objectivement ces qualités. Les labels de qualité comme la norme Afnor peuvent jouer ce rôle, mais actuellement très peu d'organisations sont certifiées.

CONCLUSION DE LA PARTIE II

Dans l'aide à domicile, la qualité peut être évaluée à partir des résultats de la relation entre la personne âgée et le salarié. Dans cette situation, la qualité est évaluée subjectivement. Chaque personne âgée l'estime à partir de ses attentes ou de sa conception personnelle du travail domestique. La confiance, l'amabilité, le respect, le « savoir être », etc. sont autant de facteurs intervenant également dans l'évaluation. Nous pouvons ranger celle-ci dans le registre domestique au sens du modèle de l'économie de la grandeur. Les personnes âgées évaluent aussi l'organisation prestataire en s'intéressant aux compétences de ses salariés, à la variété de ses services, à sa capacité d'adapter le service et enfin, à sa capacité d'entretenir la relation de proximité avec les usagers. Ces différentes dimensions constituent la qualité dynamique de l'organisation. Son évaluation peut être inscrite dans le registre industriel. Quand la personne âgée est aidée par une organisation, son évaluation de la qualité peut être dominée par celle effectuée sur la qualité de sa relation avec le salarié ou celle effectuée sur la qualité de l'organisation. Selon ces deux possibilités, la qualité peut donc être évaluée à partir du registre industriel ou domestique. Existe-t-il d'autres formes d'évaluation de la qualité ? Dans le chapitre VI, nous nous sommes intéressés uniquement à l'évaluation effectuée par l'utilisateur, ce qui nous a permis de repérer la forme domestique et industrielle de la qualité. Dans la partie III, nous allons voir que l'enregistrement de la qualité du côté du prestataire permet d'identifier d'autres formes d'évaluation de la qualité. La distinction entre les registres industriel et domestique est-elle pertinente pour repérer toute la complexité de la qualité dans l'aide à domicile ? Il convient de prospecter à l'intérieur de chaque registre pour identifier d'autres formes de qualité. C'est ce que nous allons proposer dans la partie III de cette thèse.

L'évaluation de la qualité totale des organisations peut également s'effectuer à partir des comparaisons, à condition que cela soit possible. Autrement dit, les usagers peuvent comparer la qualité entre deux organisations si l'information sur leurs qualités respectives existe. Or, c'est cette information sur la qualité qui pose problème dans l'aide à domicile. En effet, une grande partie du marché des organisations ne fonctionne pas avec une différenciation des qualités. D'abord, les signaux de qualité sont très peu utilisés. Le label Nf services créé il y a quelques années est très peu présent dans le paysage de l'aide à domicile. Seulement 100 organisations sur 10200 sont labélisées fin décembre 2007 (Afnor, 2007 ; Precepta, 2007). Le prix étant unique sur une grande partie du marché, notamment le marché dont la demande est solvabilisée à travers l'APA et l'allocation de la CNAV, il ne permet pas de différencier les qualités. Même si les organisations sont libres de fixer leur prix, ce dernier ne permet pas de communiquer les différenciations de qualité puisque le contenu même de la qualité ne peut pas être défini objectivement. En effet, puisque les signaux de qualité permettant une évaluation objective sont quasiment inexistantes, il est difficile à une organisation de justifier un prix supérieur au prix du marché. Il

est possible que les usagers interprètent l'écart du prix non pas comme une différence de qualité mais comme un comportement opportuniste de la part des organisations.

Dans ces conditions du marché, le choix de la personne âgée est difficile à effectuer. Comment peut-il identifier un prestataire de bonne qualité ? Cela revient à s'interroger sur la nature du choix de la personne âgée en présence d'incertitudes sur la qualité. Pour que le choix soit rationnel, elle doit non seulement choisir le meilleur prestataire capable de lui fournir une qualité adaptée à ses besoins actuels, mais aussi un prestataire capable d'adapter cette qualité à l'évolution de ses besoins dans le futur. C'est ce que nous avons qualifié d'incertitude sur la qualité adaptative. Même si les usagers peuvent choisir le « bon » prestataire, ils ne seront pas totalement certains que ce dernier pourrait maintenir la qualité à un niveau optimal en l'adaptant à l'évolution de leurs besoins. Cette incertitude peut provenir d'une insuffisance de ressources de la qualité dans le futur ou du comportement stratégique du prestataire. En effet, ce dernier peut s'engager à améliorer la qualité de ses services au cas où la personne âgée devienne dépendante, mais la crédibilité de cet engagement repose uniquement sur la confiance. La contractualisation des engagements peut-elle être une solution ? Cela revient à spécifier dans le contrat, en des termes précis, toutes les situations futures possibles et les engagements qui s'ensuivent. Or, il est quasiment impossible de prévoir toutes les situations futures.

Puisque cette incertitude sur la qualité n'est résorbée ni par le contrat d'échange ni à travers les signaux, les acteurs mobilisent d'autres dispositifs, notamment les dispositifs conventionnels et institutionnels. L'Agrément qualité en est un. Il permet aux usagers d'identifier la qualité contrôlée. En ce sens, il introduit une différence de qualité entre les organisations agréées et celle qui ne le sont pas. Le conventionnement des organisations est une autre pratique permettant aux usagers de différencier les qualités. En effet, le régulateur notamment le Conseil Général et la CNAV, signent des conventions avec les prestataires dont l'objectif peut être l'amélioration de la qualité. Par conséquent, les usagers interprètent ces conventions comme un gage de qualité : les prestataires conventionnés se différencient des autres prestataires par leurs engagements à respecter les règles de qualités définies par la convention. D'autre part, une sorte de différenciation informelle est également effectuée au sein des réseaux d'échange. Le fait que certains prestataires soient référencés comme partenaires par le personnel de santé (hôpital, médecin, pharmaciens, etc.) peut être interprété par les usagers comme un gage de qualité. En outre, on peut identifier la qualité d'un prestataire au regard de son identité professionnelle. Les valeurs de solidarité dans le secteur associatif ou d'efficacité économique dans le secteur marchand sont une forme de différenciation conventionnelle fondée sur des croyances partagées. L'appartenance à un réseau d'associations ou un réseau de franchise peut renseigner sur ces valeurs et les qualités qui leur sont associées. Ces différentes façons de différencier qualitativement les prestataires correspondent à des conventions de qualité. Elles ne réduisent pas totalement l'incertitude sur la qualité mais elles permettent,

dans une certaine mesure, aux relations de services de se dérouler dans un climat apaisé. D'une part, elles offrent une certaine différenciation des qualités selon que l'utilisateur choisit telle ou telle autre convention. D'autre part, elles renforcent sa confiance à propos des engagements des prestataires à respecter les règles de qualités définies par la convention choisie.

Cette partie II nous a permis de clarifier certaines notions centrales de cette thèse. C'est le cas précisément des notions de qualité, d'incertitude et de conventions de qualité. Ces notions sont définies en s'appuyant sur des observations empiriques et sur le cadre théorique que propose l'économie des conventions. La clarification de ces notions n'est pas un objectif en soi. Certes, elles nous aident à mieux comprendre les enjeux sous-jacents, mais cela ne suffit pas pour comprendre le fonctionnement réel du marché en incertitude sur la qualité. D'abord, l'incertitude sur la qualité demeure jusqu'à présente une hypothèse non vérifiée dans cette thèse. Nous l'avons posée au regard des caractéristiques du service de l'aide à domicile. Sommes-nous certains que cette incertitude existe ? Si tel est le cas, comment et à quel moment se manifeste-elle de la façon la plus forte ? Puisque le marché existe toujours et se développe contrairement à ce que prédisent les modèles d'asymétrie informationnelle, cette incertitude ne serait-elle pas marginale ?

Nous avons supposé que la convention de qualité peut résoudre une grande partie de l'incertitude qualitative, ce qui a permis à ce marché de se développer. Comment ces conventions sont construites et comment une convention peut-elle dominer une autre ? La question même de domination d'une convention est une hypothèse à examiner. Le marché peut-il fonctionner avec plusieurs conventions de qualité en même temps ? Certains économistes ont soutenu l'idée selon laquelle la pluralité des conventions de qualité peut être envisagée (Eymard-Duvernay, 1989, Storper et Salais, 1993). Par ailleurs, l'identification des organisations dans une seule convention de qualité est à notre avis une hypothèse peu adaptée aux organisations de l'aide à domicile.

Ces questions laissées ouvertes dans cette partie feront l'objet d'une analyse dans la partie suivante en nous appuyant sur une double enquête : une enquête auprès des personnes âgées et une enquête auprès des organisations prestataires.

PARTIE III

LE COMPORTEMENT DES USAGERS EN INCERTITUDE: L’ACTION INDIVIDUELLE ET LES DISPOSITIFS DE JUGEMENT SUR LA QUALITÉ

INTRODUCTION

Nous avons montré dans la partie II que l’offre des organisations se caractérise par une différenciation qualitative mais que cette différenciation n’est pas observable par les usagers. Cela peut avoir une conséquence majeure sur le développement de ces services. En effet, si les usagers n’arrivent pas à distinguer qualitativement les organisations, celles-ci ne peuvent pas être incitées à améliorer leur qualité puisque la récompense du marché peut être hypothétique. Les nouveaux entrants sur ce marché seraient donc intéressés par le segment le plus rentable, autrement dit le segment de services de faible qualité. Dans cette hypothèse, la concurrence inciterait les organisations de qualité à développer des services de basse qualité ou à relâcher leur effort sur la qualité. Il existe donc un risque de voir le marché dominé par une offre de basse qualité. La modélisation des comportements en incertitude qualitative conduit à cette conclusion. La mauvaise qualité peut chasser la bonne qualité selon les modèles d’asymétrie informationnelle (Akerlof, 1970 et Stiglitz, 1987). Si tel est le cas, pourquoi aujourd’hui plusieurs organisations poursuivent des démarches de qualité ? Autrement dit, si le marché ne récompense pas la qualité, y-a-t-il un quelconque intérêt pour les organisations de se différencier qualitativement ? Si la réponse est oui, la prime de la qualité ne peut pas être le différentiel du prix puisque les différences de prix sont quasiment inexistantes ou marginales quand le service est destiné aux personnes dépendantes. En quoi consiste alors cette prime de qualité ? Nous soutenons l’idée selon laquelle cette prime est la notoriété ou plus généralement la réputation de l’organisation. L’avantage que tire l’organisation de sa qualité n’est pas l’accroissement de ses plus-values financières comme ça peut être le cas pour les services marchands, mais c’est la recherche d’une utilité sociale que procure cette notoriété. Le fait d’être reconnu comme un acteur important dans le maintien des personnes âgées à leur domicile peut être une finalité attrayante pour les membres du conseil d’administration d’une association par exemple. Mais, l’enjeu sous-jacent peut aussi être d’ordre financier. La reconnaissance de la notoriété peut être à l’avantage de l’association quand elle négocie ses budgets avec les institutions locales. L’intérêt des organisations à se différencier qualitativement serait donc d’ordre économique même si la dimension

politique voire humaine est souvent au cœur du projet de certaines organisations notamment associatives et publiques.

Du côté des usagers, la manque de visibilité des qualités a pour conséquence la réduction de leur liberté du choix. Le manque d'information sur la qualité des services ne permet pas *a priori* un choix rationnel. Il revient à s'interroger sur le contenu même de l'information sur la qualité. Puisque par hypothèse la constitution du service est multidimensionnelle et que chaque dimension peut être évaluée différemment, est-il possible d'avoir un étalon de mesure qui peut agréger l'ensemble de ces dimensions permettant ainsi d'informer sur les différences de qualité ? Comme nous l'avons précisé dans la partie II, les canaux traditionnels d'information sur la qualité comme les prix, les labels ou la publicité sont inopérants, ou du moins peu développés. Comment les usagers effectuent-ils leur choix sachant qu'ils ne peuvent pas comparer les qualités offertes ? Leur choix est-il un choix effectué dans l'ignorance ? Ceci revient à se demander si les usagers choisissent leur prestataire par défaut ou effectuent véritablement un choix raisonné. Dans la deuxième possibilité, les usagers sont supposés détenir l'information sur les qualités ; laquelle information ne transite pas par les canaux traditionnels. Comment s'informent-ils ? Notre hypothèse est que *cette information sur la qualité est socialement produite sous formes de jugements que les personnes âgées ou leurs familles partagent et diffusent au sein d'un réseau social*. Il reste à identifier ce ou ces réseaux, leur fonctionnement et le contenu des jugements qui s'y diffusent.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre VI, en introduisant la dimension temps dans la relation de service, nous introduisons en même temps la notion de l'incertitude sur la qualité adaptative du prestataire. Cela conduit à nous interroger sur le comportement de l'utilisateur et du prestataire au cours de la relation de service. Compte tenu de cette incertitude, les usagers envisagent-ils la possibilité de changer de prestataire ? Autrement dit, adoptent-ils la stratégie de défection ou « d'exit » selon les termes d'Hirschman (1972) ? La possibilité de contacter un prestataire plus qualifié, synonyme de défection, peut être envisagée quand l'utilisateur a des doutes sur les capacités du prestataire à adapter la qualité. Si l'utilisateur ne change pas de prestataire même s'il est incertain sur sa qualité, quelles en sont les raisons ? Par cette question, nous cherchons à analyser les conséquences de l'incertitude sur la qualité adaptative dans la relation de service. L'autre alternative pour l'utilisateur consiste en effet à exiger du prestataire d'inscrire la qualité dans une démarche dynamique. Cela consiste à protester si la démarche n'est pas suivie. C'est la stratégie de « voice » au sens d'Hirschman (op.cit.). Cependant, la protestation nécessite l'existence de moyens permettant son expression. Le lien de proximité, ou ce que nous pouvons qualifier de qualité de proximité, peut permettre aux usagers d'exprimer leurs mécontentements et leurs attentes. Par ailleurs, la stratégie de prise de parole (voice) ne peut être efficace que si elle est massive. Qu'en est-il réellement dans l'aide à domicile ? Les usagers sont-ils exigeants dans le sens où ils expriment leur mécontentement ? Quel est le profil de ces usagers actifs et exigeants ? Dans quelles conditions la prise

de parole peut être plus efficace pour les usagers et pour les organisations comparativement à la stratégie de défection ?

Ces questions sont traitées dans le cadre d'une enquête menée auprès des personnes âgées. L'objectif est d'identifier les différents comportements des usagers en deux temps: le moment du choix d'un prestataire et après le choix, c'est-à-dire au cours de la relation de service. En résumé, cette enquête nous a permis d'apprécier l'impact de l'incertitude qualitative sur le comportement de l'utilisateur. La première question que nous avons examinée est l'hypothèse même de l'incertitude sur la qualité. Ce phénomène touche la quasi-majorité des personnes âgées interrogées. Mais cette incertitude influe différemment les usagers sur leur niveau de fidélisation et de satisfaction. A l'aide de plusieurs analyses factorielles de correspondances multiples appliquées aux données de l'enquête, nous proposons des typologies de profils-types et de comportements-types des usagers.

Dans le chapitre V, nous exposons les principaux résultats de l'enquête. Nous montrerons dans un premier temps que la demande se différencie également par des variables sociologiques, économiques, démographiques et sanitaires. L'accès à l'information sur la qualité des organisations est différent selon que l'utilisateur est inséré dans un réseau d'échange ou non. Nous montrerons quel est le profil des ces usagers informés et celui des usagers qui subissent le plus l'incertitude sur la qualité et l'impact de cette incertitude sur le choix. Dans un deuxième temps, nous nous intéressons à la nature du choix des usagers en situation d'incertitude. S'agit-il d'un choix raisonné ou d'un choix par défaut ? Puisque l'information sur la qualité est difficile à trouver, l'enquête nous a permis d'expliquer comment les personnes âgées effectuent leur choix et comment elles s'informent avant d'effectuer leur choix.

Le chapitre VI présente en détail le réseau d'échange dans l'aide à domicile et son rôle dans la qualification des prestataires. Nous montrerons comment les usagers partagent leurs évaluations sur la qualité des prestataires et comment ces évaluations peuvent se transformer en réputation. D'abord, nous montrerons que les réseaux d'échange sont multiples, à l'image de la multiplicité des identités professionnelles des prestataires. Ensuite, à l'aide des données statistiques tirées de l'enquête, nous apprécions l'apport du réseau d'échange à la construction de la qualité des services. Les personnes âgées dans leur diversité sociologique, démographique et sanitaire ne reçoivent pas l'information sur la qualité de la même manière. Il en résulte des comportements variables quant à la suite donnée à la relation de service. A l'aide d'une analyse factorielle, nous définirons quelques profils-types en fonction du lien entre l'incertitude, le comportement de la personne âgée et son insertion dans le réseau d'échange.

CHAPITRE V

L'ACTION DES USAGERS : QUEL COMPORTEMENT EN INCERTITUDE ?

INTRODUCTION

Partant de l'hypothèse d'incertitude sur la qualité, nous essayons dans ce chapitre de voir comment les usagers arrivent à effectuer leur choix. S'agit-il réellement d'un choix ? Autrement dit, nous voulons montrer si les usagers font appel à un prestataire en cherchant à comparer sa qualité avec celle des concurrents. Si tel est le cas, comment s'informent-ils sur la qualité des différents prestataires ? Trouvent-ils cette information ? Ces questions nous permettent de qualifier le choix de l'utilisateur. Puisque l'information publique sur les qualités n'existe pas, ou très peu, on peut supposer que les usagers adoptent un « choix par défaut », ce qui est synonyme de choix « irrationnel ». Mais on peut également supposer qu'une partie des usagers arrive à effectuer un choix raisonné. Quel est le profil de ces usagers et comment arrivent-ils à dépasser leur incertitude sur la qualité ?

Dans la situation d'urgence (la sortie de l'hôpital par exemple), certains usagers sont contraints de solliciter un prestataire sans chercher à savoir s'il est de meilleure qualité par rapport aux concurrents. Son véritable choix sera effectué plus tard. Ceci veut dire que le choix n'est pas irréversible puisque l'utilisateur évalue la qualité du prestataire au cours de la relation, et suivant cette évaluation il décide reconduire le contrat avec le même prestataire ou de contacter un autre prestataire. Cela nous conduit à nous interroger sur le comportement de l'utilisateur après le déroulement de la prestation de service. Cet utilisateur est-il « volatil » et exigeant à propos de la qualité ? Cette question renvoie au comportement de celui-ci dans les situations de tensions avec le prestataire. Ces tensions se traduisent-elles par la « défection » de l'utilisateur au sens d'Hirschman (1972) ?

L'incertitude sur la qualité peut contraindre l'utilisateur à garder son prestataire même s'il est peu satisfait sur sa qualité. Changer de prestataire peut être une solution indésirable pour lui puisqu'il ignore si les concurrents sont de meilleure ou de mauvaise qualité par rapport au prestataire choisi initialement. La solution la plus efficace pour lui serait de convaincre le prestataire à ajuster la qualité en fonction de l'évolution de ses attentes. Cela est possible si le prestataire est capable d'adapter son offre à l'évolution de ces attentes. C'est ce que nous avons qualifié par la notion de « qualité adaptative » du prestataire.

La deuxième condition de la stabilité de la relation entre l'utilisateur et le prestataire est la possibilité qu'a le premier à exprimer son mécontentement lorsque le service n'est pas adapté. Le but recherché par l'utilisateur est de conduire le prestataire à individualiser les prestations permettant ainsi la prise en compte de ses attentes. Cette condition peut être satisfaite à travers le déploiement de la relation de proximité. Avec celle-ci, le prestataire associe l'utilisateur dans le processus de construction de la qualité, ce qui laisse entrevoir la possibilité d'une adaptation qualitative permanente des services. C'est dans ce sens que nous considérons la proximité comme une dimension importante de la qualité totale des organisations.

Nous monterons dans ce chapitre que la dimension de proximité est au cœur des compromis entre les trois principaux acteurs de la relation de service (l'utilisateur, le prestataire et le salarié). La cofinance est également une ressource importante de ces compromis, mais nous pensons qu'elle ne peut pas être dissociée de la dimension de proximité. Comment peut-on expliquer ce lien ? Pour répondre à cette question, il convient de définir les contours de cette dimension et d'apprécier son poids dans l'évaluation de la qualité par les usagers.

Nous montrerons également dans ce chapitre que l'utilisateur peut adopter une approche dynamique lorsqu'il évalue son prestataire. En intégrant l'évolution de ses attentes dans son évaluation de la qualité totale du prestataire, il évalue de fait la qualité adaptative de ce dernier. C'est dans ce sens que son évaluation, et peut être son choix, peut être qualifiée de dynamique. Cette approche est-elle adoptée par la majorité des usagers ou reste-elle une démarche marginale ? A-t-elle des conséquences sur la stabilité de la relation de service ?

1. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIOLOGIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Avant de commencer l'analyse du comportement des personnes âgées en situation d'incertitude sur la qualité, nous présentons d'abord les principales caractéristiques de l'échantillon.

1.1. La concentration géographique des personnes interrogées

Notre objectif a été de constituer un échantillon concentré sur une zone géographique dans la quelle l'échange d'informations entre personnes âgées du même quartier ou d'une même ville est susceptible d'être facilité. La proximité géographique peut se transformer en proximité sociale active. Cela veut dire que les personnes âgées vont participer activement au réseau d'échange en partageant leurs expériences individuelles. Les espaces de rencontre entre ces personnes du même quartier tels que les clubs de séniors, foyers de personnes âgées ou Maisons de quartiers sont des lieux où les avis se confrontent et se partagent. En ce sens, la proximité géographique joue un rôle important dans la formation des jugements sur la qualité du prestataire. Suivant cette hypothèse, nous avons opté pour le choix d'un échantillon concentré sur un territoire restreint. En concertation avec les responsables de l'association ADAR, l'association où cette enquête a été effectuée, trois principales villes ont été retenues comme terrain de l'enquête : Roubaix, Leers et Wattrelos.

Tableau 10. Les villes de résidence des personnes âgées (493 répondants sur 520 individus)

Villes	Effectif	%
Roubaix	319	64,7%
Leers	59	12%
Wattrelos	71	14,4%
Croix	25	5,1%
Wasquehal	12	2,4%
Autres villes	7	1,4%
Total des répondants	493	100%
Ville non-renseignée	27	- -
Total de l'échantillon	520	- -

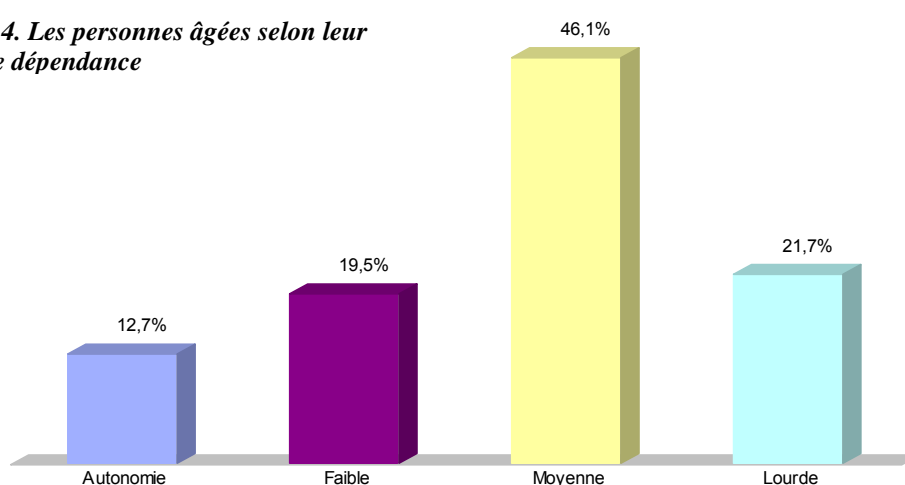
1.2. Un échantillon composé en majorité des personnes moyennement dépendantes

La grille AGGIR permet de mesurer avec précision la perte d'autonomie des personnes âgées en définissant six niveaux (GIR 1 à 6). Cependant, cette classification n'est pas suffisamment connue par les

personnes âgées. Nous avons donc choisi de leur demander d'indiquer leur niveau de dépendance et non pas leur GIR (niveau élevé, moyen, faible et autonomie).

L'échantillon est composé majoritairement de personnes moyennement dépendantes, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne en France¹²⁹. Un peu moins de la moitié des personnes âgées se considèrent moyennement dépendantes. Les personnes lourdement dépendantes représentent 21,7%. C'est cette population qui est susceptible d'être demandeuse de la qualité élevée des services notamment en matière d'aide à la personne qualifiée et de soins à domicile. Les personnes faiblement dépendantes ou autonomes représentent quant à elles 32,2%. Les besoins exprimés par cette population concernent principalement l'aide au ménage et l'entretien du domicile.

Figure 14. Les personnes âgées selon leur niveau de dépendance



1.3. Une majorité de femmes âgées de plus de 75 ans

Au niveau national, les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 49% de la population âgée de 65 ans et plus en 2005 (INSEE, Bilan démographique, 2007). Cette proportion est quasiment identique au niveau de la région Nord-Pas de Calais. Elle représente 48% de la population âgée de plus de 65 ans. En ce qui concerne notre échantillon, la moyenne d'âge est de 78,4 ans. La grande majorité des personnes interrogées est âgée de 75 ans et plus, soit 74% des répondants. Mais cela ne veut pas dire que notre échantillon n'est pas représentatif. En effet, les personnes constituant l'échantillon sont toutes des personnes bénéficiant d'une aide à domicile. Il convient donc de comparer la structure démographique de notre échantillon à celle de la population dépendante du Département.

¹²⁹ La proportion des personnes âgées classées en GIR 3 et 4, ce qui correspond à un niveau de dépendance moyen, représente 49% de la population âgée dépendante maintenue à domicile (DREES, 2007).

Tableau 11. Classes d'âge des personnes interrogées

	<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>	<i>Ensemble</i>
Moins de 70 ans	12,60%	22,50%	15,10%
De 70 à moins de 75	11,00%	10,10%	10,60%
De 75 à moins de 85	48,40%	43,50%	47,10%
85 et plus	28,00%	23,90%	27,00%
Total	100%	100%	100%

La majorité des personnes interrogées est composée de femmes âgées de plus de 75 ans. Il s'agit d'une génération qui est née avant la Guerre et qui a 20 ans dans les premières années de Libération. Cette génération est celle de la période fordiste marquée par une situation de plein emploi mais aussi par un faible taux d'activité féminine. C'est aussi la période d'une division traditionnelle du travail domestique où les femmes assument seules l'essentiel des tâches domestiques. Cet héritage culturel à propos du rôle des femmes dans la société est susceptible d'avoir un impact sur les représentations collectives actuelles de l'aide à domicile. En effet, la génération actuelle des personnes âgées a une perception différente de l'aide à domicile selon que le bénéficiaire est une femme ou un homme. Les femmes, qui assumaient le travail à domicile quand elles étaient autonomes, seraient plutôt exigeantes sur la qualité du travail ménager et s'impliqueraient presque « naturellement » dans la production de la prestation. En revanche, les hommes qui ont l'habitude de voir le travail domestique effectué par l'autre sexe auraient une attitude plutôt passive face à l'intervention de l'auxiliaire de vie.

Suivant cette interprétation des représentations collectives, l'héritage culturel à propos de la division sexuelle des tâches domestiques peut avoir une influence sur le comportement de l'utilisateur dans le marché des services de l'aide à domicile. Ce comportement sera plus marqué étant donné la surreprésentation des femmes.

En appliquant les taux de prévalence de la dépendance définis par l'INSEE en 1999, nous avons pu estimer la population dépendante du Département du Nord par classes d'âge¹³⁰.

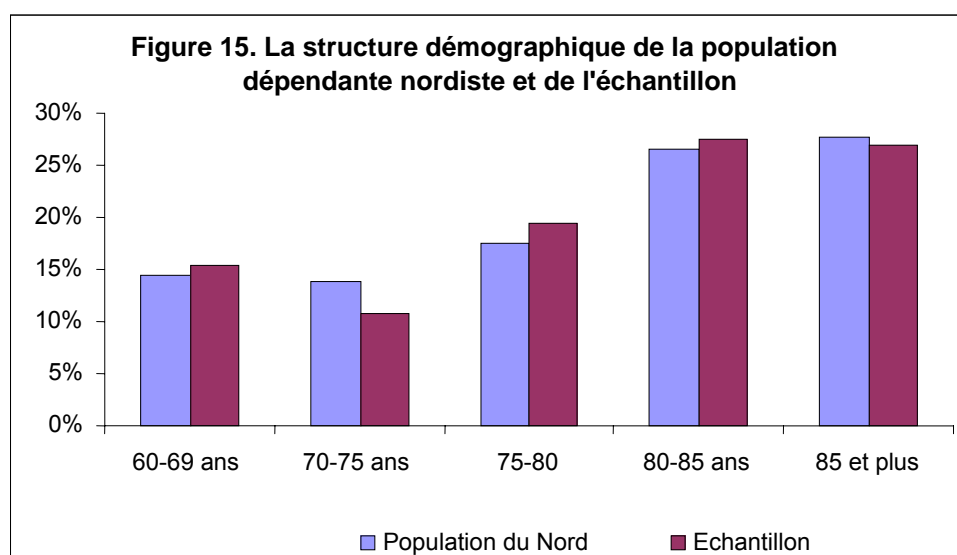
¹³⁰ Les taux de prévalence de la dépendance sont issus de l'enquête IHD de l'INSEE en 1999. Notre estimation est basée sur ces taux par classe d'âge appliqués à la structure démographique de la population âgée de 2005. Les limites de cette estimation résident dans la non-incorporation de l'évolution de l'espérance de vie des personnes âgées entre 1999 et 2005. Une étude plus complète menée par l'INSEE Nord-Pas de Calais arrive à des résultats proches de ceux de notre estimation (cf. INSEE, Profils n°9 septembre 2006). Par exemple, les personnes dépendantes âgées de 80 ans et plus représentent 53% selon cette étude et 54% selon notre estimation ; la part des 60-69 ans est de 15,3% et 14,5% respectivement selon l'étude de l'Insee et selon notre estimation.

Tableau 12. L'estimation de la population dépendante dans le département du Nord en 2005 (en % de la population âgée de plus de 60 ans)

	<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>	<i>Ensemble</i>
De 60 à moins de 70 ans	10,5%	22,9%	14,5%
De 70 à moins 75 ans	11,7%	18,1%	13,8%
De 75 à moins de 85 ans	43,9%	44,3%	44%
85 ans et plus	33,9%	14,7%	27,7%
Ensemble	100%	100%	100%

Source : calculs sur la base des données sur la dépendance et des données sur la démographie de l'Insee

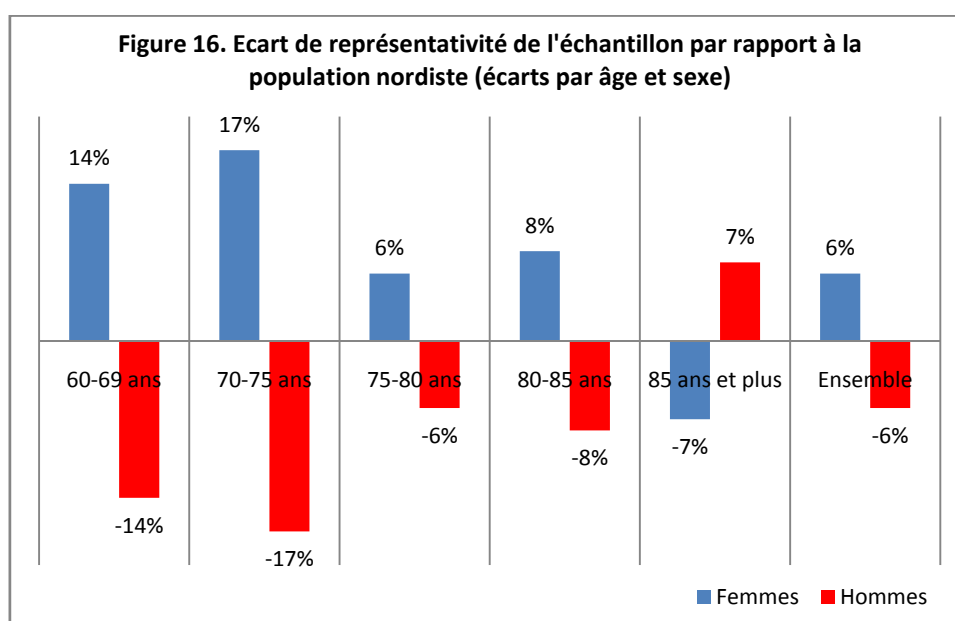
En comparant la structure démographique de la population âgée dépendante nordiste et la structure démographique de notre échantillon, on peut dire que celui-ci est représentatif. En effet, les deux structures démographiques sont très proches à l'exception de la classe d'âge 70-75 ans (cf. le graphique n°15).



La classe d'âge des 75 ans et plus représente environ 72% de l'ensemble des personnes dépendantes résidentes dans le Nord. Dans notre échantillon, cette classe d'âge représente 74%, soit une proportion proche de celle de la population du Nord. Les personnes âgées de 75 à 85 ans sont surreprésentées dans notre échantillon puisque l'écart avec la structure démographique de la population dépendante nordiste est de 3 points. Cet écart est surtout dû à la surreprésentation des femmes dans cette classe d'âge. Concernant les personnes dépendantes âgées de plus de 85 ans, leur part dans notre échantillon est quasiment identique à celle de la population nordiste. Par ailleurs, il faut noter que la répartition par sexe est déséquilibrée.

1.4. Les écarts de représentation par classe d'âge et par sexe

Notre échantillon est composé de 73% de femmes et 26% d'hommes. Au niveau de la population dépendante nordiste, les femmes représentent 68% et les hommes 32%. Comme nous l'avons vu précédemment, les femmes sont surreprésentées dans notre échantillon pour certaines classes d'âge. Ceci peut introduire un biais dans l'analyse dans la mesure où à partir d'un certain âge, les femmes vivent souvent seules étant donné l'écart d'espérance de vie par rapport aux hommes. Ce biais consiste en l'apport de l'aide du conjoint qui serait plus importante au niveau de la population dépendante départementale comparativement à notre échantillon. Les besoins exprimés et l'appréciation de la qualité du service peuvent être différents selon que la personne vit seule ou avec un conjoint et selon qu'elle bénéficie de l'aide des proches ou non. Les différences en termes de représentations collectives entre les hommes et les femmes peuvent également biaiser l'analyse. En effet, la conception de la qualité de l'aide voire même du service serait différente selon le sexe. Les dimensions de la qualité peuvent également être appréciées différemment.



Les femmes sont, en général, surreprésentées pour toutes les classes d'âge hormis les 85 ans et plus. En moyenne, les femmes sont surreprésentées de 6 points de plus par rapport aux hommes. Comme nous pouvons le constater, c'est dans les classes d'âge des moins de 70 ans et entre 70 et 75 ans où les écarts sont les plus importants. Dans la première classe d'âge, il y a plus de 14% de femmes dans notre échantillon et 17% dans la classe d'âge 70-75 ans. Pour les autres classes d'âge, les écarts varient entre 6 et 8 points.

Précisons que ces écarts sont principalement des écarts par sexe et non pas par âge, puisque la structure démographique de l'échantillon (sans distinction du sexe) est très proche de la réalité sociodémographique nordiste (figure 15). Ceci est important dans la mesure où l'on peut supposer que l'évaluation subjective des personnes âgées sur la qualité peut être différente selon le sexe. Par exemple, les femmes sont-elles plus sensibles à la dimension relationnelle du service que les hommes, ou inversement ? Les relations de confiance et de fidélité sont également importantes dans l'évaluation subjective de la qualité. Le genre est-il un facteur de différenciation dans la construction des relations de confiance entre les usagers et les prestataires ? Dans l'hypothèse d'une construction sociale de la qualité, dans le sens où les usagers participent à cette construction, la dimension du genre doit être pleinement prise en considération.

1.5. Le contexte social de la personne âgée: vie familiale et aide domestique

La demande en service d'aide à domicile dépend de trois facteurs : le revenu de la personne âgée (aides financières incluses), son niveau de dépendance et son contexte social. Ce dernier facteur est constitué de l'aide domestique apportée à la personne âgée essentiellement par l'entourage familial. Le conjoint et les descendants sont les principaux pourvoyeurs de cette aide. Contrairement aux facteurs économique et sanitaire dont l'impact sur la demande de services d'aide à domicile est positif, le facteur social peut avoir un impact négatif. L'aide domestique du conjoint ou l'aide ascendante des enfants sont des *services substitutifs* aux services fournis par des organisations professionnelles. La substitution est évidemment partielle. L'aide domestique ne remplace qu'une partie de l'aide professionnelle. On parlera alors de cohabitation ou de complémentarité entre les deux types d'aide.

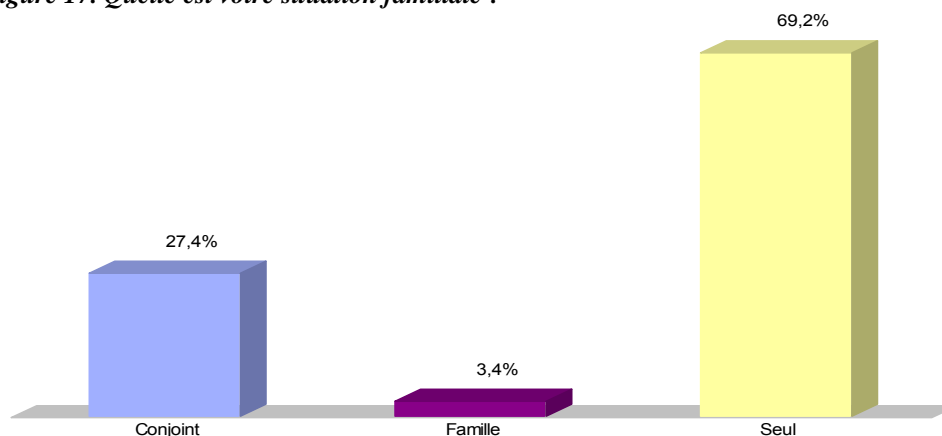
Il est important de noter que les termes de l'aide domestique, familiale ou informelle seront employés tout au long de cette partie pour désigner l'aide gratuite des proches par opposition à l'aide professionnelle rémunérée.

Le contexte social influant la demande d'aide à domicile peut être défini par les deux variables sociologiques : la vie de famille de la personne âgée, autrement dit la composition du ménage, et l'aide domestique émanant des membres de la famille ou des amis et voisins. Les sociologues de la famille et de la dépendance qualifient cette aide de domestique, de familiale ou d'informelle pour la distinguer de l'aide professionnelle. Les pourvoyeurs de cette aide sont désignés sous le nom d'aidants familiaux par opposition aux intervenants professionnels.

1.5.1. Plus de deux personnes âgées sur trois vivent seules à leur domicile

La présence du conjoint ou d'un membre de la famille au domicile de la personne dépendante peut être synonyme d'une aide complémentaire à l'aide apportée par un professionnel.

Figure 17. Quelle est votre situation familiale ?

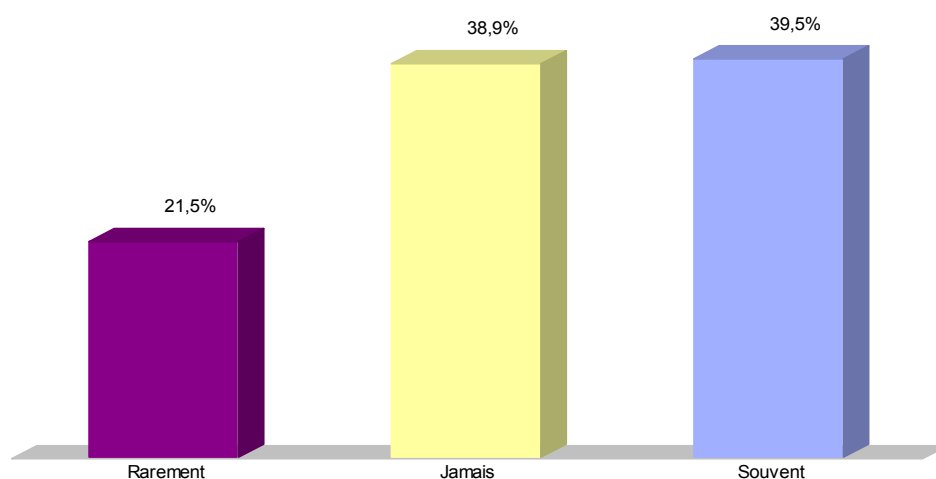


La grande majorité des personnes âgées, soit près de 70%, vivent seules à leur domicile. Ces dernières sont en majorité (61%) âgées de plus de 80 ans. Dans cette classe d'âge, plus de 77% des personnes vivent seules, 19% avec leur conjoint et 3% avec leurs enfants ou petits enfants. Le recours aux services d'aide à domicile est donc une priorité pour les personnes vivant seules à moins qu'une aide informelle de la famille vienne soulager ce besoin. Comme l'ont souligné plusieurs études sociologiques sur la dépendance, la solidarité informelle joue un rôle important dans l'équilibre social des personnes dépendantes. Espinasse (1993) constate d'ailleurs que le recours à l'aide à domicile professionnelle ne signifie pas la baisse de l'aide domestique apportée par les membres de la famille. Notre enquête modère ce constat. En effet, le bénéfice de l'aide des proches est parfois inégalitaire selon les profils socio-sanitaires.

1.5.2. L'aide domestique des proches est inexistante ou faible pour une grande partie des personnes âgées

L'aide domestique apportée par les proches est une aide complémentaire à l'aide d'un professionnel de services d'aide à domicile. Le maintien à domicile des personnes dépendantes dépend donc de cette cohabitation entre les deux types d'aides. L'enquête montre que plus de 60% des personnes âgées ne bénéficient jamais ou rarement d'une aide familiale (figure 18). Parmi ces personnes, 39% déclarent ne jamais être aidées par un proche et 21,5% bénéficient rarement de cette aide.

Figure 18. Près de deux tiers des personnes âgées ne sont jamais aidées par les proches ou rarement



L'aide familiale est dictée par des facteurs complexes. Le niveau de dépendance de la personne âgée, l'existence et la disponibilité des aidants familiaux, la nature de leurs liens avec le parent âgé, leur proximité géographique avec le parent âgé, la situation matrimoniale de ce dernier, etc. sont tant de facteurs qui déterminent l'aide domestique familiale. On peut supposer que la personne lourdement dépendante est celle qui devrait bénéficier d'une aide familiale conséquente. Or, cette catégorie en bénéficie moins par rapport aux personnes modérément dépendantes : 42% des personnes lourdement dépendantes sont aidées souvent par les membres de la famille contre 45% pour les personnes moyennement dépendantes. Les personnes autonomes ou faiblement dépendantes sont 28% à être aidées souvent par les proches.

Les personnes qui vivent seules ne bénéficient pas plus d'aide familiale que les autres. 40% de cette catégorie est souvent aidée par les proches contre 39% pour les personnes qui vivent avec un conjoint. L'inégalité devient importante quand on prend en compte le niveau de dépendance. En effet, 38,5% des personnes lourdement dépendantes et seules déclarent être aidées souvent par un membre de la famille. Cette proportion est de 47,7% chez les personnes seules moyennement dépendantes et 30% pour les personnes seules faiblement dépendantes ou autonomes.

Ces résultats nous donnent une indication sur les inégalités en termes de prise en charge de la dépendance des personnes âgées notamment chez la population qui subit une perte d'autonomie élevée. Rappelons que l'évaluation des besoins par la grille AGGIR prend en compte le contexte social et familial de la personne âgée mais avec une proportion insuffisante selon les gérontologues (Ennuyer, 2006).

1.6. Le financement de la demande

Trois types de financement public sont mobilisables mais non cumulables par les personnes âgées. Il s'agit de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), les allocations de la CNAV (allocation d'aide à domicile ou allocation d'aide ménagère) et enfin, l'exonération d'impôt sur le revenu à hauteur de 50% des dépenses engagées pour l'emploi d'un employé d'aide à domicile¹³¹. Le financement privé apporté par les caisses mutuelles de retraite complémentaire complète le financement public. Les personnes âgées qui ne relèvent pas du régime de retraite de la CNAV et qui sont classées en GIR 5 ou 6 doivent solliciter leurs mutuelles. Pour les personnes éligibles à l'APA, le choix entre cette allocation et le financement par réduction d'impôts est possible et s'effectue selon l'arbitrage entre le montant de l'impôt déduit et le montant de l'allocation. Les personnes dépendantes, soit les personnes classées en GIR 1 à 4, peuvent prétendre à l'APA. Cette population représente 38,5% de notre échantillon (tableau 13, dernière colonne). Les personnes classées en GIR 5 et 6 sont financées par la caisse de retraite (CNAV) ou par leurs mutuelles. Elles représentent 31% de l'échantillon. Viennent ensuite le financement par réduction d'impôt qui représente environ 15% de l'échantillon et d'autres sources de financement qui représentent 6%. Enfin, les personnes qui ne disposent d'aucune aide financière représentent environ 10%.

Tableau 13. Les sources de financement de la demande (en%)

	Autonome ou faiblement dépendant	Moyennement dépendant	Lourdement dépendant	Ensemble
APA	12,5	43,8	65,8	38,5
Réduction d'impôts	20,8	12,5	11,4	14,9
Caisse de retraite et Mutuelles	43,5	30,8	12,3	30,8
Autre financement	9,5	4,6	4,4	6,1
Aucun financement	13,7	8,3	6,1	9,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Le tableau 13 montre également le type de financement par niveau de dépendance. On remarque que les personnes autonomes et faiblement dépendantes sont en majorité financées par les caisses de retraites et par les réductions d'impôts sur le revenu. Seulement 12,5% bénéficient de l'APA. Les conditions d'éligibilité à cette allocation sont plus contraignantes pour cette catégorie mais aussi l'effet d'arbitrage entre l'allocation et le montant des réductions d'impôts, sont les deux facteurs explicatifs de la nature du financement de cette catégorie de personnes âgées. Les personnes dépendantes sont financées en majorité par l'APA. Cette allocation, dont le montant augmente avec le niveau de dépendance, est le financement le plus utilisé par les personnes lourdement dépendantes. Plus de 65% de cette catégorie est allocataire de

¹³¹ A la date de notre enquête le chèque emploi service universel (CESU) n'avait pas encore été mis en place.

l'APA contre 44% des personnes moyennement dépendantes. Rappelons que cette inégalité d'accès à l'APA s'explique par le fait qu'une partie des personnes moyennement dépendantes peut bénéficier d'une allocation de la CNAV. Le bénéfice de ce financement est exceptionnel pour les personnes lourdement dépendantes.

L'autre type de financement est délivré généralement par le Conseil général. Il s'agit de l'aide ménagère départementale. Celle-ci est attribuée au titre de l'aide sociale aux personnes âgées faiblement dépendantes (GIR 5 et 6). L'aide ménagère départementale complète généralement les prises en charge des caisses de retraite. La prise en charge du Département est limitée et une participation financière est demandée aux bénéficiaires, participation fixée par arrêté annuellement. Cette participation ne dépasse pas en principe 10 % du tarif horaire.

1.7. Le volume horaire du service

Le volume moyen du service d'aide à domicile pour l'ensemble de l'échantillon est d'environ 5 heures par semaine. La grande majorité des personnes âgées, soit 68%, sont aidées pour une durée de service inférieure à 5 heures par semaine. Un grand nombre de ces personnes, soit 35% de l'ensemble de la population, bénéficient de moins de 2,5 heures par semaine. Ces personnes sont en majorité autonomes (46%) et moyennement dépendantes (41%).

Tableau 14. Nombre d'heures de service

	Effectif	%
Moins de 2,5	177	35,0%
de 2,5 à moins de 5	168	33,3%
de 5 à moins de 10	113	22,4%
10 et plus	47	9,3%
Total	505	100%

En toute logique, les personnes lourdement dépendantes obtiennent plus d'heures que les autres catégories. Plus de la moitié de cette catégorie (55%) bénéficie d'un service d'une durée dépassant 5 heures par semaine. En revanche, une personne lourdement dépendante sur quatre bénéficie d'un service de moins de 3 heures par semaine. Les personnes âgées vivant seules sont également avantagées en termes d'heures de service. Elles sont 36% à bénéficier de plus de 5 heures par semaine contre 23% des personnes vivant avec un conjoint.

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Plusieurs personnes âgées, ou leur famille, préfèrent alterner une aide formelle d'un prestataire et une aide informelle d'un travailleur non déclaré. Cet état de fait nous a été rapporté par plusieurs acteurs, responsables d'association et salariés. Mais nous n'avons

pas pu mesurer objectivement le volume de l'aide informelle ni déterminer le profil des personnes âgées ayant recours à cette pratique. Celle-ci se justifie par la possibilité d'avoir plus d'heures de services sachant que le travail non-déclaré est environ deux fois moins cher que l'intervention d'un prestataire.

2. LES PERSONNES ÂGÉES AIDÉES À DOMICILE : UNE POPULATION HÉTÉROGÈNE

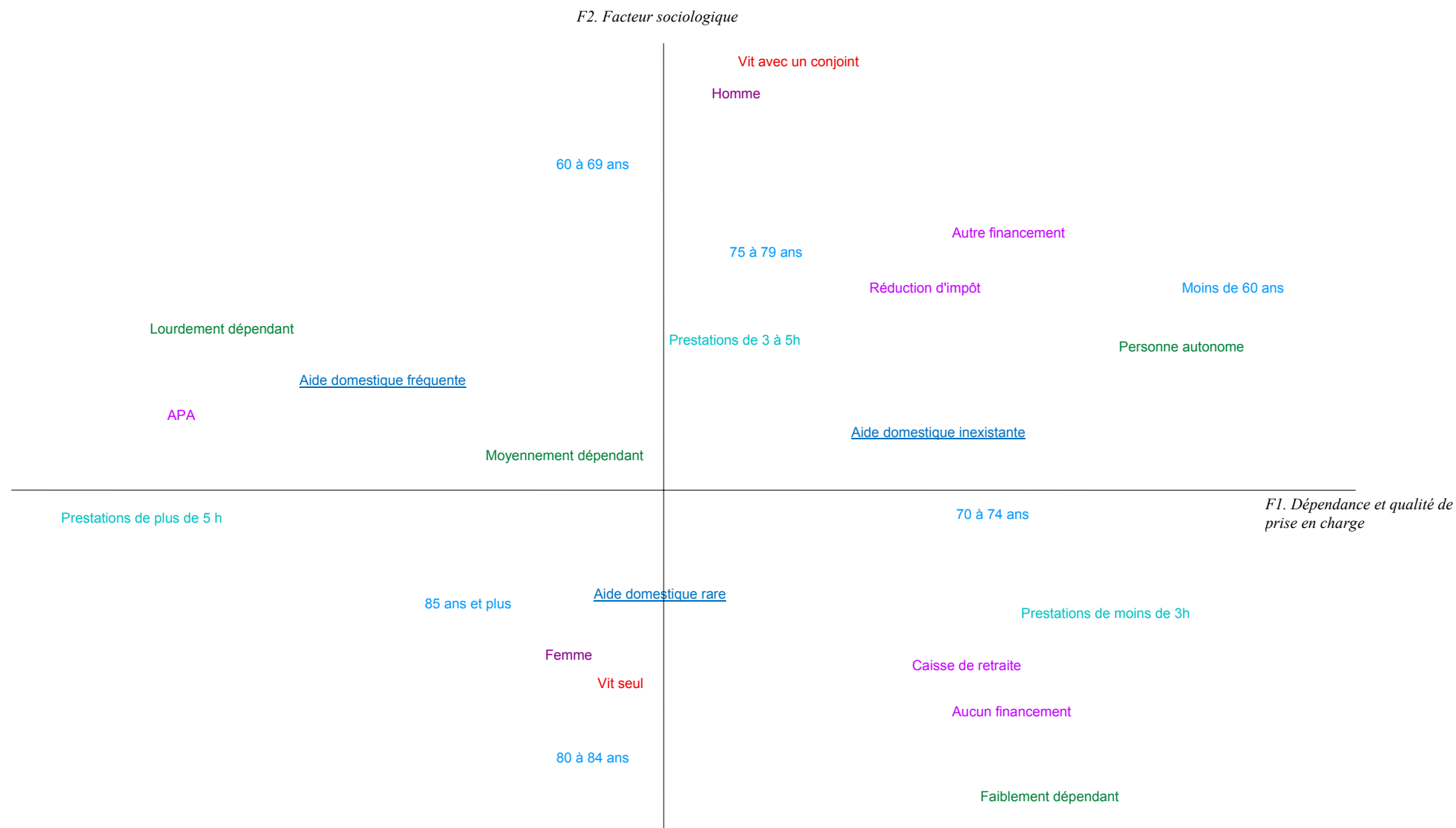
Les personnes âgées vivant à domicile constituent une population très hétérogène. Leurs caractéristiques socio-sanitaires sont très différentes. Le facteur sanitaire est la première caractéristique qui distingue les personnes âgées les unes des autres. Les personnes âgées se différencient également par leur situation sociodémographique. Le besoin d'aide qu'exprime une personne dépendante vivant avec un conjoint est sans doute différent du besoin exprimé par une personne âgée modérément dépendante mais vivant seule. La présence de l'aide familiale est donc aussi un élément de différenciation. D'autres éléments comme l'âge et la nature du financement différencient aussi les personnes âgées.

A travers une Analyse des Correspondances Multiples (ACM), nous allons classer les personnes âgées selon leurs principales caractéristiques exposées plus haut. Cette analyse a un double intérêt. D'abord, elle nous permet de constituer une typologie des personnes âgées en fonction de leurs caractéristiques socio-sanitaires et sociodémographiques. Ensuite, elle nous permet de mettre en lumière l'apport de l'aide familiale dans la prise en charge de la dépendance.

2.1. Le lien entre les profils sociologiques et l'aide à l'autonomie

Nous avons défini quelques variables objectives nous permettant de distinguer les personnes âgées dépendantes : l'âge, la situation familiale, le niveau de dépendance, le type de financement et le nombre d'heures de services. Ces cinq variables peuvent indiquer sur le niveau de prise en charge professionnelle. Par ailleurs, une autre variable que nous avons qualifiée d'illustrative est également un facteur important dans l'aide à domicile. Il s'agit de l'aide domestique apportée par les proches. Les deux types d'aide se complètent. La question traitée par l'ACM est de ressortir les profils types des personnes âgées selon le niveau de l'aide domestique dont elles bénéficient.

Dans un premier temps, l'analyse factorielle nous montre les liens entre la qualité de la prise en charge professionnelle et l'aide domestique. Dans un second temps, nous reconstituons ces liens sous forme de profils-types.



Pourcentage d'information par facteur

	<i>F1</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>	<i>F4</i>	<i>F5</i>
Pourcentage	22,1%	12,4%	9,7%	7,5%	6,8%
Cumul	22,1%	34,5%	44,2%	51,7%	58,6%

5 facteurs / 22 modalités

Les contributions par groupes de variables (en%)

	<i>F1</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>	<i>F4</i>	<i>F5</i>
Age	8,87	16,41	43,47	32,63	33,15
Sexe	0,88	25,38	3,39	3,3	0,58
Situation familiale	1,8	32,04	1,33	2,33	3,75
Financement	34,06	11,71	34,83	10,68	40,51
Situation sanitaire	22,15	10,34	9,67	24,16	18,88
Volume du service	32,15	4,04	7,21	26,78	3,01
Total	100	100	100	100	100

Remarque n°1 sur la méthode

L'analyse des correspondances multiples est effectuée par le logiciel Modalisa. La limite opérationnelle de cet outil est le fait qu'il n'applique pas l'analyse factorielle sur le tableau disjonctif complet (TDC) mais sur le tableau de Burt. Les résultats finaux sont identiques si l'analyse est appliquée sur l'un ou l'autre tableau (Pages, 1998 ; Bouroche et Saporta, 2002). Néanmoins, les valeurs propres extraites de l'analyse sur le tableau de Burt ne sont pas, en réalité, celles extraites sur le tableau disjonctif. Par équivalence, les valeurs propres dans l'analyse du TDC correspond au carré des valeurs propres de l'analyse sur le tableau de Burt : « si λ_a est la valeur propre de l'axe a dans l'analyse du tableau disjonctif complet, et si μ_a est la valeur propre de l'axe a dans l'analyse du tableau de Burt, alors $\lambda_a = \sqrt{\mu_a}$ » (Emmanuel Lafont, cours d'analyse économique, CNAM). Les deux premières valeurs propres associées au principal plan factoriel sont alors de 46,15% pour F1 et de 33,46% pour F2. Les deux premiers facteurs représentent plus de 73% de l'information. Ce qui est une valeur importante.

Ceci est pour dire que la notion de la part de l'information des facteurs dans une ACM perd de son intérêt car, comme le notent Bouroche et Saporta (op.cit.) : « dans le cadre de cette analyse, les valeurs propres ne représentent toujours qu'une faible partie de la trace ». Ceci est dû au grand nombre de variables et de modalités sur lesquelles s'applique l'ACM.

En examinant les contributions absolues et relatives, nous constatons que le premier axe (abscisses) est construit essentiellement par trois groupes de variables : la variable sanitaire (niveaux de dépendance), variable monétaire (type de financement) et la variable liée au volume du service. Ces trois groupes de variables sont étroitement liés dans la mesure où le volume de l'aide dépend du niveau de dépendance et c'est ce niveau qui détermine essentiellement le type de l'aide financière. Ces trois groupes de variables caractérisent donc la qualité de la prise en charge.

Cet axe isole à gauche, les personnes lourdement dépendantes, bénéficiaires de l'APA accordée par le Conseil général et dont le volume du service est assez important (plus de 5 heures par semaine). A droite, on retrouve les personnes âgées autonomes ou faiblement dépendantes, financées par d'autres institutions (caisse de retraite, mutuelles, réductions d'impôts) ou sans financement public. Le volume de l'aide dont

bénéficie cette catégorie est faible (moins de trois heures par semaine). Au centre du plan, nous retrouvons les personnes moyennement dépendantes dont le financement combine les différents dispositifs selon les arbitrages individuels et les ressources de la personne. Le volume de l'aide se situe dans la moyenne soit des prestations entre 3 et 5 heures par semaine.

Le deuxième axe (ordonnées) est défini par des variables sociologiques : âge, sexe et situation matrimoniale (seul ou présence du conjoint). Le recours à l'aide professionnelle dépend de la situation sanitaire de la personne et de la nature du financement mais aussi des considérations sociologiques et psychosociales. La nature et le volume du service voire même l'envie ou la nécessité de l'aide sont différentes selon que la personne concernée vit avec un conjoint ou seule. L'âge influence également le recours à une aide professionnelle. Outre la perte d'autonomie différente d'un individu à un autre, les représentations que l'on fait de l'aide à domicile sont également différentes selon les âges. Ces représentations peuvent être partagées différemment selon les sexes. La différence provient des écarts de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes, mais aussi des constructions sociologiques. En effet, la génération actuelle demandeuse de l'aide à domicile est la génération des *baby-booms* marquée par la division sexuelle du travail fondée sur la norme fordienne. Pour cette génération, le rôle des femmes est essentiellement tourné vers l'activité domestique¹³² ; laquelle activité est un soutien aux hommes. Cet héritage social peut se traduire dans la phase de dépendance par une résistance à l'aide externe chez les femmes et par son acceptation plus facilement par les hommes.

Sur le plan, en haut de l'axe, on trouve un groupe de personnes âgées constitué d'hommes moins âgés (moins de 80 ans), vivant avec une conjointe. En bas de l'axe, on trouve essentiellement des femmes vivant seules et très âgées (plus de 80 ans). Plus on se rapproche du centre, plus les profils évoluent avec la modification des combinaisons constituées des variables âge, sexe et situation matrimoniale.

Pour rendre compte des différents individus-types en combinant l'ensemble des variables, nous avons situé les individus par rapport aux deux axes. Ainsi on peut définir trois grands profils :

1. Un groupe d'usagers vivant en couple ou en famille (70%), essentiellement des hommes (64%) autonomes et âgés de moins de 80 ans. Les personnes moyennement dépendantes représentent 41% et les personnes faiblement dépendantes représentent 44%. Ce groupe est financé par des réductions d'impôts ou par des mutuelles. Etant donné leur dépendance et leur financement, le nombre d'heures des prestations est relativement faible (moins de 3 heures). En outre, ce groupe

¹³² Le rôle domestique des femmes est le résultat de la norme fordienne définie par « la convention sociale de disponibilité temporelles » selon les termes de Devetter (2002). Les salariés hommes doivent se rendre disponibles à leur employeur en contrepartie d'une reconnaissance sociale et salariale. Ce compromis dans le monde de l'entreprise trouve son extension dans le monde domestique. La disponibilité temporelle des hommes est possible que si les activités domestiques sont prise en charge par les femmes.

ne bénéficie d'aucune aide domestique. Mais la présence du conjoint peut être considérée comme une aide domestique importante.

2. Un groupe d'usagers composé presque uniquement de femmes (95%). Une grande majorité est faiblement dépendante (53%) et une grande partie est moyennement dépendante (42%). Ces femmes sont âgées de 80 ans en moyenne et vivent presque toutes seules (90%). Une partie de ce groupe bénéficie d'une aide financière des caisses de retraite et une autre partie ne bénéficie d'aucune aide publique. L'aide professionnelle apportée à ce groupe ne dépasse pas 3 heures par semaine. En outre, cette catégorie est rarement aidée par les proches.
3. Un groupe d'usagers majoritairement féminin (79%) et vivant seul (78%). La proportion de personnes lourdement dépendantes est très élevée, soit 41%. Les autres personnes composant ce groupe sont moyennement dépendantes (52%). Leur prise en charge est en général financée par l'APA leur permettant de bénéficier des prestations de plus de 5 heures/semaine en moyenne. Parallèlement à l'aide professionnelle que l'on peut considérer d'un niveau élevé, ce groupe bénéficie en majorité (56%) d'une aide domestique assez souvent.

Cette ACM met en lumière la place de l'aide domestique dans la prise en charge de la dépendance. Cette variable illustrative permet de distinguer les groupes en fonction de leur bénéfice ou non de ce type d'aide. Cette aide dépend des solidarités intergénérationnelles organisées dans le cadre domestique mais aussi des transferts publics (Attias-Donfut, 1995). En ce sens, l'aide financée par le biais de la politique sociale ou par d'autres ressources collectives (caisse de retraite et mutuelles) vient compléter l'aide de la famille. En cela, on considère que les solidarités privées priment sur la solidarité publique (id.). Or, dans la prise en charge de la dépendance, nous constatons une entorse à ce principe. La solidarité publique, à comprendre le volume et la nature des prestations, est déterminée non seulement en fonction des ressources de la personne âgée mais aussi en fonction de l'existence ou non de l'aide domestique. Par ailleurs, un autre élément intervient dans le calcul des prestations. Il s'agit de la situation de dépendance. C'est ce facteur qui est le principal déterminant du montant de la prestation. Par conséquent, il se peut qu'une partie des personnes âgées peu dépendantes bénéficie moins de la solidarité publique même si elles sont isolées. C'est le cas du groupe 1 et 2. Inversement, une grande partie des personnes âgées bénéficie à la fois de la solidarité privée et de la solidarité publique. La situation de dépendance est ainsi la principale variable discriminante au bénéfice des prestations sociales.

L'importance de l'aide domestique dépend naturellement du contexte familial de la personne âgée et de son niveau de dépendance d'une part, de la disponibilité et du volume de l'aide apportée dans le cadre des politiques sociales d'autre part. On retrouve ici les complémentarités entre les solidarités intergénérationnelles organisées par les institutions et les solidarités familiales. Notre analyse montre bien ce lien. L'accroissement de la dépendance s'accompagne par l'accroissement du niveau de l'aide

familiale et de l'aide publique. Ainsi, ce sont les personnes lourdement dépendantes qui bénéficient le plus des solidarités privées et publiques.

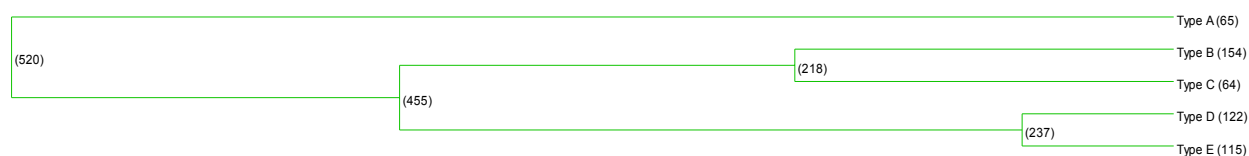
Ces trois profils-types de personnes âgées renferment des profils assez différents. Afin de mieux les caractériser nous affinons cette classification en distinguant cinq profils-types.

2.2. Les profils-types des personnes âgées aidées à domicile

En procédant à une typologie par les centres mobiles et les classements hiérarchisés, nous avons construit des profils socio-sanitaires. Pour qualifier ces profils, nous avons eu recours au pourcentage d'écarts à la moyenne appelés PEM local (attractions entre les modalités) pour chaque variable. Ceux-ci sont utilisés avec prudence car il faut prendre l'ensemble des facteurs de l'ACM. Par conséquent, la définition des profils s'est faite par la combinaison entre l'analyse des attractions par les PEM et l'analyse des corrélations à l'aide des tris croisés.

Après un certain nombre de tests effectués par le logiciel Modalisa (100 tests), nous avons retenu une classification à 5 profils-types. Avant de procéder à leur définition, nous montrons d'abord l'arborescence de cette classification.

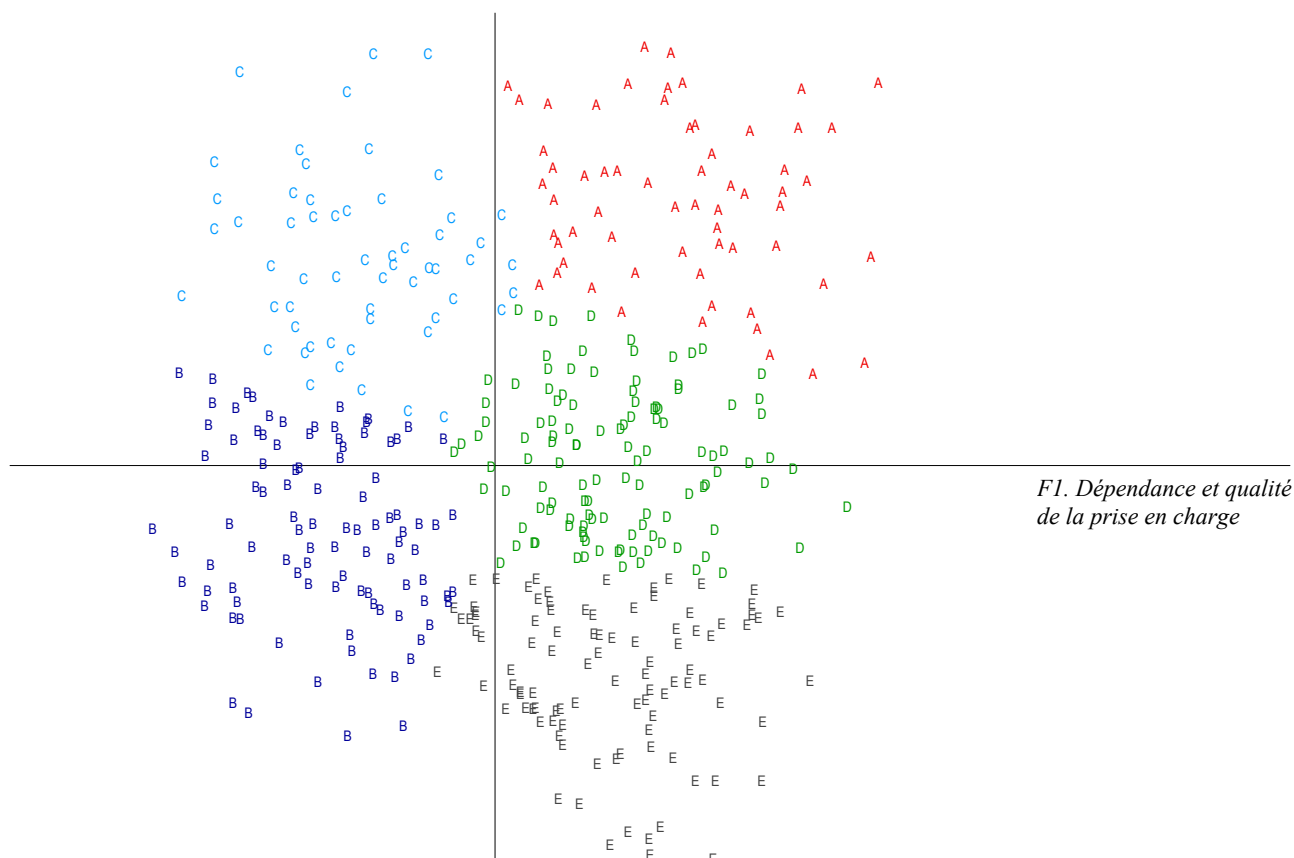
Classification hiérarchique directe



Les nœuds de cette arborescence correspondent aux déclinaisons des trois profils présentés précédemment en sous-groupes. Ainsi on peut constater que le groupe A correspond un profil d'utilisateur à part. En revanche, les groupes B, C, D et E ont une même affiliation. Ces groupes se décomposent en quatre sous-groupes. Sur le plan ci-dessous, le groupe B et C se situent à droite de l'axe 1 (facteur de dépendance et qualité de prise en charge) et les groupes D et E à gauche de cet axe.

Le groupe 1 défini plus haut est constitué essentiellement du profil A; le groupe 2 des profils D et E ; et enfin le groupe 3 est constitué par le profil B. Cette classification met en lumière un autre profil (C) qui est essentiellement constitué d'hommes lourdement dépendants et vivant en couple.

F2. Facteur sociologique



F1. Dépendance et qualité de la prise en charge

Effectif des classes

Types d'utilisateurs	Effectif	%
Type A	65	12,5
Type B	154	29,6
Type C	64	12,3
Type D	122	23,5
Type E	115	22,1
Total	520	100%

Remarque n°2 sur la méthode

Les profils sont répartis en fonction de leur proximité avec les axes et avec les autres variables. Par rapport aux axes, les profils se positionnent selon leurs contributions aux différents axes. Autrement dit, selon les situations sanitaires des profils et les niveaux de prise en charge à domicile (axe 1) et selon leurs caractéristiques sociologiques (axe 2). La proximité entre les profils et les autres variables est mesurée par les PEM locaux (pourcentage d'écart à la moyenne). Autrement dit, pour chaque modalité (réponse à la question) on compare les proportions des profils par rapport à la moyenne de l'échantillon. Les profils dont la proportion est supérieure à la moyenne sont alors situés dans le plan à proximité de la modalité en question. Comme chaque modalité d'une variable est opposée aux autres modalités de la même variable, la proximité d'un profil avec une modalité signifie son éloignement par rapport aux autres modalités.

Suivant cette typologie, nous pouvons distinguer deux profils d'hommes et trois profils de femmes :

Le type A : Homme autonome ou faiblement dépendant avec une prise en charge publique et privée minimale

C'est le profil d'un homme moins âgé et relativement en bonne santé. La moyenne d'âge est de 71 ans et la majorité, soit plus de 85%, vit avec un conjoint. Plus de la moitié est autonome et un tiers est moyennement dépendant.

La prise en charge de leurs besoins en aide à domicile est essentiellement financée à travers les réductions d'impôts (35%), leurs caisses de retraite (32%) ou par d'autres ressources privées (19%) telle que l'assurance dépendance. Ces financements permettent des prestations de moins de 3 heures par semaine. En moyenne, chaque usager reçoit une aide professionnelle hebdomadaire de 2,7 heures. Il s'agit généralement d'une aide à l'entretien du domicile. Compte tenu du niveau d'autonomie de ces hommes et de la présence du conjoint, deux hommes sur trois déclarent n'avoir jamais bénéficié de l'aide des proches. Ce profil correspond donc à une prise en charge de faible niveau (en heures et en qualifications), pas trop coûteuse et dont une grande partie est financée par des ressources privées.

Le type B : Femme moyennement ou lourdement dépendante avec une prise en charge publique et privée élevée

Ce profil est composé presque que des femmes âgées (90%). L'âge moyen est de 82 ans. En général, les femmes survivent à leurs maris étant donné l'écart de l'espérance de vie. Par conséquent, ce profil est composé presque uniquement des femmes seules (95%). Cette solitude est donc une source de besoins en aide à domicile notamment en aide relationnelle. D'ailleurs le fait d'être seul est l'un des critères sur lesquels est calculé le montant de l'APA. La conjonction de la situation de solitude et celle de la dépendance accroît les besoins en aide à domicile, ce qui peut-être le cas des personnes apparentant à ce profil puisque deux femmes sur trois sont moyennement dépendantes et une femme sur trois est lourdement dépendante.

Plus de la moitié d'entre elles déclare recevoir une aide permanente des proches et un quart une aide temporaire. Cette proportion est élevée par rapport à la moyenne de l'échantillon (moins de 40% des personnes âgées bénéficient d'une aide domestique fréquemment et 20% sont aidées temporairement).

Les femmes constituant ce profil sont également des usagers qui bénéficient le plus d'heures de services d'aide à domicile. En moyenne, la prestation est de 8 heures par semaine par personne. Outre l'aide au ménage, cette prestation contient aussi, et sans doute une partie importante, de l'aide à l'hygiène. Cette prise en charge est financée pour la majorité de ces femmes par l'APA, soit 84% d'entre elles.

Le type C: *Homme lourdement dépendant avec une prise en charge publique et privée élevée*

C'est le profil d'un homme lourdement dépendant et dont le conjoint est encore vivant. La moyenne d'âge de ces hommes est de 77 ans mais plus d'un tiers d'entre eux ont dépassé le seuil de 80 ans. Plus de 73% de ce profil vit en couple. Compte tenu de l'espérance de vie plus élevée chez les femmes, on peut supposer que le conjoint constitue une source d'aide à cet homme âgé, notamment quand ce dernier est lourdement dépendant. C'est le cas de ce profil puisque c'est au sein de ce dernier où la proportion des personnes lourdement dépendantes est la plus élevée par rapport aux autres profils. En effet, un homme sur deux appartenant à ce profil se déclare lourdement dépendant contre une moyenne de l'échantillon de 22%. L'autre partie de ce profil est constituée essentiellement des hommes moyennement dépendants.

L'aide professionnelle pour ces hommes dépendants est financée essentiellement par l'APA, soit 84% d'entre eux. Sachant que le niveau de dépendance est l'un des principaux critères sur lesquels le montant de l'APA est calculé, le volume de l'aide financée par cette allocation est relativement élevé par rapport aux autres profils. En moyenne, chaque usager bénéficie d'environ 7,2 heures de services par semaine contre une moyenne de 5 heures pour l'ensemble de l'échantillon¹³³.

A cette aide professionnelle d'un niveau relativement élevé s'ajoute une aide domestique apportée par des proches qui est également d'un bon niveau. En effet, environ 60% de ces usagers bénéficient assez souvent de l'aide des proches contre 40% en moyenne de l'échantillon. Ainsi, ce profil est celui qui bénéficie à la fois d'une aide publique et privée de meilleure qualité comparativement à aux autres profils.

Le type D : *Femme faiblement ou moyennement dépendante avec une prise en charge publique et privée faible*

Ce profil est composé majoritairement de femmes (71%). La moyenne d'âge est de 76 ans. Presque la moitié d'entre elles sont moyennement dépendantes et 40% sont faiblement dépendantes. Si le niveau moyen de dépendance de ce profil n'est pas assez élevé, néanmoins ces femmes vivent majoritairement seules. En effet, plus 75% d'entre elles sont dans cette situation.

Concernant l'aide domestique, plus de la moitié de ce profil ne bénéficie jamais d'une aide des proches et un cinquième en bénéficie rarement. A ce faible niveau d'aide des proches s'ajoute une faible aide professionnelle. En effet, ces femmes dont la demande est solvabilisée par leur caisse de retraite (42%) ou

¹³³ Notons que ce volume moyen des services d'aide à domicile est le même que celui estimée dans l'enquête SAPAD-Bénéficiaire menée par la DREES en 2004. En revanche, l'aide apportée pour les personnes lourdement dépendantes est estimée à 12 heures par semaine voire 16 heures pour les personnes très dépendantes. Dans notre enquête, ce niveau est estimé à 8 heures pour les personnes lourdement dépendantes. L'écart entre les deux enquêtes s'explique à notre avis par : 1) la présence des personnes handicapées dans l'enquête de la DREES ; 2) la période de l'enquête : 2000 pour l'enquête de la DREES et 2006 pour notre enquête.

à travers la défiscalisation du revenu (26%) bénéficient d'un volume horaire de service ne dépassant pas 3 heures par semaine. Celles dont la dépendance est la plus élevée bénéficient plus d'aide des proches mais moins d'aide publique. Plus de 42% des femmes moyennement dépendantes appartenant à ce profil déclarent ne jamais recevoir de l'aide des proches contre 51% en moyenne dans ce profil. Cependant, le volume du service d'aide professionnelle est de 2,8 heures pour ces femmes moyennement dépendantes contre 3 heures en moyenne dans le groupe.

Le type E : Femme faiblement dépendante ou autonome, seule et avec une prise en charge publique et privée faible

Ce profil est celui d'une femme (98%) très âgées mais qui vit en bonne santé. En effet, plus de 75% de ces femmes sont âgées de plus de 80 ans et 30% sont âgées de plus de 85 ans. Même si l'âge moyen est supérieur à 80 ans, deux femmes sur trois se déclarent faiblement dépendantes ou autonomes et une femme sur trois se déclare moyennement dépendante.

Etant donné leur âge élevé, quasiment toutes vivent seules, soit 99,1% d'entre elles. Cette situation de solitude et de vieillissement avancé est susceptible d'accroître le besoin en aide à domicile. Par ailleurs, le faible niveau de dépendance de ces femmes a un impact négatif sur le volume de l'aide. Plus de 40% d'entre elles ne bénéficient d'aucune aide des proches et un tiers en bénéficie mais temporairement. Concernant l'aide professionnelle, son volume est inférieur à 2,5 heures par semaine. Il s'agit d'un niveau de prise en charge le plus faible parmi les cinq profils. Cette prise en charge est financée par la caisse de retraite de la personne âgée pour 65% d'entre elles. Environ 20% de ces personnes ne bénéficient d'aucune aide financière, ce qui explique, en partie, le faible volume du service.

Tableau 15. Les caractéristiques dominantes des profils

Profils	Facteurs sociodémographique			Niveau de Dépendance (1)	Prise en charge publique			Aide domestique (3)
	Age	Situation matrimoniale	Sexe		Financement (2)	Nombre d'heures	Niveau de prise en charge	
Type A	< 80	En couple	H	Autonomie	RI*/CNAV	2,7 H	Faible	Faible
Type B	> 80	Seule	F	Moyen Vs. élevé	APA	8 H	Elevé	Elevé
Type C	< 80	En couple	H	Elevé	APA	7,7 H	Elevé	Elevé
Type D	< 80	Seule	F	Faible Vs. moyen	CNAV/ RI/ Sans fin.**	3 H	Faible	Faible
Type E	> 80	Seule	F	Faible ou autonomie	CNAV/ Sans fin.	2,5 H	Faible	Faible
Moyenne	78,5	Seul	F	Moyen	APA CNAV	4,9 H	Moyen ?	Moyen ?

(1) : le niveau de dépendance majoritaire (plus ou égal à 50%). * RI= Réduction d'impôts ** sans financement

(2) : principaux financeurs par ordre croissant.

(3) : la réponse majoritaire (jamais aidé, souvent, rarement). Jamais = niveau faible, rarement = niveau moyen et souvent= niveau élevé.

Cette typologie montre qu'en général les hommes vivent avec un conjoint tandis que les femmes vivent seules. En effet, près de 76% des femmes sont seules et environ la moitié des hommes vivent avec leur conjoint. Les hommes seuls ont des caractéristiques très différentes pour qu'ils soient constitués en un profil-type homogène. Par conséquent, ils sont répartis entre les différents profils de femmes vivant seules. C'est également la même chose pour les femmes vivant avec un conjoint que nous retrouvons dans des proportions différentes dans les deux profils d'hommes vivant en couple.

Les profils B, D et E sont les plus répandus. Autrement dit, des femmes moyennement ou faiblement dépendantes qui vivent seules et dont la prise en charge est différente. Un sous-groupe de ces femmes bénéficie d'une prise en charge publique et privée faible voire minimale (profils D et E) et un autre sous-groupe constitué des profils B dont la prise en charge publique et privée d'un assez bon niveau comparativement à la moyenne de l'échantillon. Cette représentation ressemble à celle qui prévaut au niveau national. Les différentes études sociodémographiques notamment celles de la Drees et de l'Insee montrent que le profil dominant est celui d'une femme, seule, faiblement ou moyennement dépendante.

L'autre constat que nous pouvons tirer de cette typologie est le fait que l'aide familiale des proches suit l'aide professionnelle (ou inversement). En effet, les personnes qui bénéficient d'une bonne prise en charge publique bénéficient également d'une aide permanente des proches. Ceci s'explique essentiellement par la fragilité sanitaire de ces personnes ou par leur isolement suite au vieillissement. L'aide publique et privée semblent alors orientées vers ces personnes fragiles, autrement dit, les profils B et C.

Cette analyse nous montre que la population des personnes âgées vivant à domicile n'est pas un ensemble homogène. Outre le niveau de dépendance qui différencie les personnes âgées, d'autres facteurs comme l'âge, le sexe et surtout la vie familiale ou l'aide des proches apparaissent comme des caractéristiques importantes à prendre en compte dans la définition de la qualité voire même du service. Nous allons voir dans les sections suivantes que les attentes en termes de qualité et la satisfaction des personnes âgées sont différentes selon ces caractéristiques. Ainsi, toute politique publique ou stratégie des prestataires qui vise à intégrer les attentes de cette population doit prendre en compte cette hétérogénéité des profils. Vouloir standardiser un modèle de prise en charge de la dépendance s'avère alors une option inappropriée compte tenu de ces différences.

3. LE CHOIX EN SITUATION D'INCERTITUDE

Dans ce point, nous montrons d'abord les différents types d'incertitudes présentes dans l'aide à domicile et ensuite, nous analysons les comportements des personnes âgées dans ce contexte.

3.1. Les différentes formes d'incertitude dans l'aide à domicile

Ce point vise à montrer le lien entre l'incertitude des usagers à propos de la qualité et leur comportement. Autrement dit, il s'agit de répondre à la question suivante : compte tenu de l'incertitude, comment réagissent les usagers au moment de choisir un prestataire et au cours de la relation de service ? Tout d'abord, il convient de définir les deux types d'incertitude auxquelles sont confrontés les usagers :

1. Incertitudes sur le futur : la personne âgée peut-elle prévoir l'évolution de sa dépendance et des besoins qui en résultent ?
2. Incertitudes qualitatives : incapacité de la personne âgée à observer les différenciations qualitatives entre les prestataires.

Ces deux types d'incertitude sont liés à la dimension temporelle de la relation de service. En effet, la personne âgée dont la dépendance évolue rapidement a intérêt à choisir dès le départ un prestataire de qualité, c'est-à-dire celui qui dispose des capacités professionnelles suffisantes pour adapter la qualité et la nature des services à l'évolution de ses besoins. Or, elle ne peut pas effectuer ce choix puisqu'elle est incapable de savoir qui des prestataires en concurrence disposent de cette capacité adaptative. Dans ce point nous allons essayer de comprendre comment les personnes âgées arrivent à effectuer leurs choix dans ce contexte d'incertitude critique. Les rapports de confiance semblent gouverner les relations au sein de l'aide à domicile comme dans l'ensemble du champ d'intervention sociale. La confiance permet donc aux relations d'échange de s'effectuer. Cependant, la confiance ne se crée pas *ex-nihilo*. Nous nous interrogeons sur les ressources de cette confiance. Qu'est ce qui pousse les personnes âgées à faire confiance à un prestataire dont elles ignorent le niveau de qualité et plus contraignant encore, ses capacités à adapter le service à l'évolution de leur dépendance ?

3.1.1. Incertitude sur l'évolution de la dépendance

Ce type d'incertitude est essentiellement lié aux aléas de la santé physique et morale de la personne âgée. Deux manières nous permettent de définir l'incertitude de la personne âgée vis-à-vis de l'évolution de sa dépendance et l'impact de cette incertitude sur sa relation avec le prestataire : une analyse rétrospective consistant à savoir si la personne âgée avait pu prévoir les événements qui ont accéléré sa dépendance, et

une analyse prospective consistant à savoir si elle est capable d'anticiper l'évolution de sa dépendance dans le court et le moyen terme.

3.1.1.1. L'impossibilité d'anticiper la dépendance et l'impact sur les choix de la personne âgée

L'entrée dans une phase de dépendance est généralement due à la dégradation de la santé de la personne âgée. Plus souvent, la personne âgée ou sa famille se rend compte effectivement de cet état de dépendance après la survenance d'un événement ou d'un ensemble d'événements provoquant ou accélérant sa perte d'autonomie. Ces événements peuvent être une complication sanitaire altérant sa santé physique ou intellectuelle, mais aussi des événements qui peuvent perturber son équilibre social (le départ de l'aidant familial habituel ou la disparition du conjoint par exemple). La caractérisation de la dépendance par un ensemble d'événements sanitaires et sociaux peut être une approche permettant d'analyser les choix de la personne âgée. Il ne s'agit pas ici de définir la demande de services d'aide à domicile à partir d'une structure d'événements prévisibles, mais plutôt de lier la nature de la demande à l'appréciation que fait la personne âgée de son état sanitaire et social futur¹³⁴. A partir de ces éléments caractérisant la dépendance, on peut donc analyser l'évolution de la demande en services d'aide à domicile du point de vue de la réalisation ou non de ces événements. Le passage d'une situation socio-sanitaire à une autre caractérisée par la survenance de cet événement accroît les besoins de prise en charge de la dépendance et peut même modifier la nature et la forme de la prise en charge. Le prestataire doit réagir rapidement à la nouvelle situation en adaptant le service notamment dans sa dimension qualitative.

Le choix d'un prestataire dépend donc de l'anticipation que fait la personne âgée ou sa famille sur l'évolution de sa situation socio-sanitaire. Si elle a le sentiment que sa situation va plutôt se dégrader et cette dégradation peut survenir rapidement, alors on peut supposer que son choix va être porté sur une organisation prestataire ayant les capacités à réagir rapidement pour adapter qualitativement le service. Dans le cas inverse, la qualité au sens large peut ne pas être un facteur important du choix. En effet, la personne âgée ou sa famille peuvent opter pour un prestataire de qualité modérée et prévoir de changer de prestataire quand les signes de la dégradation apparaissent.

Pour savoir si cette approche est celle adoptée par les personnes âgées, nous leur avons demandé si elles ont vécu dans le passé un événement dégradant leur situation. Sur 458 répondants, plus de la moitié (54%) affirment avoir vécu de tels événements. Cette proportion augmente avec le niveau de dépendance. Elle est de 57% pour les personnes moyennement dépendantes et de 62% des personnes lourdement

¹³⁴ Debreu (1954) a eu la même approche consistant à caractériser les marchandises échangeables dans le futur par un ensemble d'événements déterminés dans le présent. Ces marchandises « incertaines » sont donc définies selon cette conception par le type d'événements la caractérisant, la date et le lieu où elles sont échangées. L'une des limites de cette approche est l'incapacité de déterminer, *ex ante*, tous les événements possibles et l'estimation précise de la probabilité de leur survenance.

dépendantes. La question qui nous intéresse ici est de savoir si les personnes âgées ont pu anticiper cet événement. Trois quarts des personnes qui ont vécu un événement à l'origine de la détérioration de leur autonomie ne l'ont pas anticipé. Cela veut dire que le choix d'un prestataire en fonction de l'anticipation sur l'évolution de la dépendance est impossible pour ces personnes. Cette limite d'anticipation révèle l'incertitude que subit une grande partie des personnes âgées au moment d'effectuer leur choix.

Si ce type d'incertitude n'a pas empêché ces personnes de recourir à un prestataire, donc à formuler une demande sur le marché, elle limite en revanche la possibilité d'effectuer un choix « optimal ». En effet, ces personnes doivent opter pour un prestataire sans savoir s'il est qualitativement compatible à l'évolution de leur dépendance¹³⁵. Le problème provient de la méconnaissance des personnes âgées de l'évolution de leur dépendance et par conséquent, leur incapacité à projeter la relation de service dans l'avenir. Cela illustre donc une rationalité parfaitement limitée dans la prise de décision étant donnée l'incapacité à lier la nature mouvante de la demande à un type d'offre adapté à cette demande. Ce contexte d'incertitude sur l'évolution de la dépendance est davantage complexe pour les personnes lourdement dépendantes. Comme le montre le tableau n°16 ci-dessous, l'incapacité à anticiper la dépendance est plus élevée chez cette catégorie de personnes.

Tableau n°16. L'anticipation des risques de dépendance par niveau de dépendance

	Déficit d'anticipation	
	%	Effectif
Autonome	67,7	21
Faiblement dépendant	72,5	50
Moyennement dépendant	76,6	72
Lourdement dépendant	83,9	26
Total	75,1	169

3.1.1.2. L'incertitude dans l'appréciation de l'évolution de la dépendance

L'approche précédente consiste à définir l'incertitude sur la dépendance en cherchant à savoir si un événement s'est produit dans le passé de la personne et si cet événement a été anticipé. Il s'agit donc d'une interprétation rétrospective du vécu de la personne âgée. Une autre façon de montrer l'incertitude sur la dépendance consiste à l'interpréter à partir de l'appréciation que font à propos de l'évolution future de leur situation. Cette appréciation est une projection dans le futur en se basant sur les événements passés marquants et l'état d'esprit présent de la personne. La question qui était posée est la suivante :

¹³⁵ Un choix optimal est possible dans ce cas uniquement si les personnes âgées peuvent distinguer les prestataires selon leur qualité. Cela évoque l'autre type d'incertitude liée à la qualité.

« Comment voyez-vous l'évolution de votre dépendance d'ici un an ou deux ans ? ». Le tableau n°17 récapitule les réponses par niveau de dépendance.

Tableau n°17. L'appréciation de l'évolution de la dépendance selon les niveaux de dépendance (en %)

	Dégradation	Stagnation	Amélioration	Ne sait pas	Total
Autonome	13,5	9,6	1,9	75,0	100,0
Faiblement dépendante	24,7	14,0	3,2	58,1	100,0
Moyennement dépendante	34,5	11,7	2,2	51,6	100,0
Lourdement dépendante	52,3	11,2	0,0	36,4	100,0
Ensemble	34,3	11,8	1,9	52,0	100,0

Tableau : % Lignes. Khi2=32,5 ddl=9 p=0,001 (Val. théoriques < 5 = 4)

La moitié des personnes répondants (52%) ne savent pas comment évoluera leur dépendance dans le court et le moyen terme. Cette proportion est beaucoup plus élevée chez les personnes autonomes et faiblement dépendantes (75% et 58% respectivement). En revanche, l'appréciation de l'avenir semble plus tranchée chez les personnes moyennement ou lourdement dépendantes. Les personnes moyennement dépendantes sont un peu plus de la moitié à ignorer l'évolution de leur situation. Les personnes lourdement dépendantes quant à elles sont plus pessimistes. Plus de 52% estiment que leur situation se dégrade progressivement, alors que 36% ne savent pas si elle se dégrade, stagne ou s'améliore. La forte proportion de pessimistes chez les personnes âgées modérément et lourdement dépendantes devra être liée aux effets psychologiques de l'âge. Comme le dit le Docteur Huertz de l'hôpital de Tourcoing, « *les personnes avancées dans l'âge sont conscientes qu'à un certain stade de dépendance, le retour en arrière est difficile* ». La compréhension des facteurs psychologiques est sans doute importante dans l'analyse de l'action des acteurs de l'aide à domicile. Cependant, notre sujet se limite à démontrer l'effet de l'incertitude dans le choix qu'effectue la personne âgée sans aller en profondeur dans une analyse cognitive de ses choix.

En résumé, l'enquête montre que la majorité des personnes âgées est incertaine de ce qu'advient leur situation de dépendance. Néanmoins, l'estimation devient négative et plus tranchée au fur et à mesure que le niveau de dépendance progresse. Une autre catégorie de personnes se distingue par son optimisme relatif. Il s'agit des personnes estimant que leur situation se stabilise (stagnation) ou s'améliore. Nous pouvons donc tirer trois profils types :

- les personnes autonomes ou faiblement dépendantes sont en grande majorité incertaines sur l'évolution de leur dépendance
- la majorité des personnes lourdement dépendantes et une partie des personnes moyennement dépendantes sont plutôt pessimistes sur l'évolution de leur dépendance
- une partie (minorité) des personnes âgées, quel que soit leur niveau de dépendance, sont optimistes

3.1.1.3. Incapacité à réagir face à l'incapacité de prévoir l'avenir

L'incertitude sur l'évolution de la dépendance influence-t-elle sur les choix de la personne âgée ? Pour répondre à cette question, nous avons supposé que la réaction de la personne âgée suite à l'estimation qu'elle fait de l'évolution de sa dépendance peut prendre quatre formes : 1) contacter un prestataire d'aide à domicile plus qualifié ; 2) partir en maison de retraite ; 3) garder le même prestataire ; 4) la situation d'indécision (ne sait pas quoi faire). Le tableau ci-après montre la réaction des personnes âgées en fonction de leurs estimations.

Tableau 18. Réaction de la personne âgée en fonction de son anticipation de la dépendance

<i>Evolution de la dépendance</i>	<i>Réactions</i>				Total
	Prestataire plus qualifié	Maison de retraite	Rester à ADAR	Ne sait pas	
Dégradation	5,4 %	5,4 %	61,3 %	28,0 %	100%
Stagnation	0 %	0 %	78,6 %	21,4 %	100%
Amélioration	0 %	0 %	77,8 %	22,2 %	100%
Ne sait pas	2,0 %	3,2 %	49,4 %	45,4 %	100%
Total	2,9 %	3,5 %	57,4 %	36,2 %	100%

Sur l'ensemble de l'échantillon, la majorité des personnes âgées, soit 57%, souhaitent garder leur prestataire actuel qui est ADAR et cela, quelle que soit l'anticipation qu'elles font sur leur dépendance. Cette proportion est beaucoup plus élevée chez les personnes optimistes à propos de l'évolution de leur autonomie (stagnation et amélioration). Les personnes pessimistes sont également nombreuses à vouloir rester chez ADAR. Par ailleurs, les personnes les plus incertaines sur l'évolution de leur dépendance sont celles qui sont les plus indécises à garder le prestataire actuel ou changer de prestataire. Plus de 45% de ces personnes incertaines sur l'avenir affirment être incertaines de rester chez ADAR. Quel est le poids de chacune de ces trois variables (dépendance, évolution de la dépendance, l'aide domestique) sur la décision de quitter ou de garder le prestataire actuel ? L'analyse factorielle suivante nous permet de distinguer quelques comportements-types des personnes âgées.

3.1.2. La dépendance et l'isolement synonymes de fidélité au prestataire

Avant de présenter les résultats de l'analyse factorielle multiple, nous présentons d'abord le lien entre la réaction de la personne âgée (quitter ou garder son prestataire) en fonction de l'estimation qu'il fait de l'évolution de sa dépendance.

Tableau 19. Réaction des personnes âgées selon l'appréciation de l'avenir (en %)

Réaction	Appréciation de l'évolution de la dépendance			Poids dans l'échantillon
	Pessimistes	Optimistes	Incertains	
Rupture de la relation	58,1	0	41,9	6
Fidélité au prestataire	37,1	18,3	44,6	57
Indécision	26,9	8	65,1	36
Total	34,7	13,4	51,9	100

Tableau : % Colonnes. Khi2=30,3 ddl=4 p=0,001 (Val. théoriques < 5 = 1)

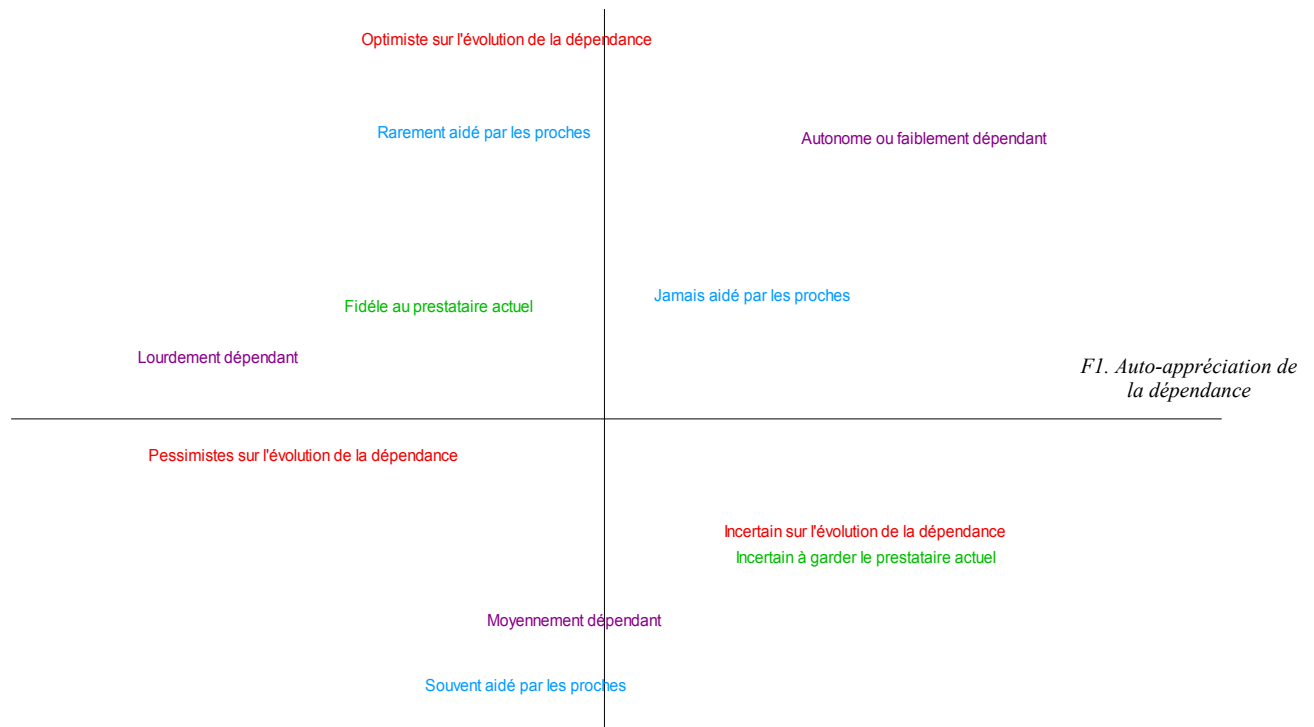
Ce tableau permet de distinguer les deux principaux comportements-types des personnes âgées :

- 1) La fidélité au prestataire actuel: il s'agit de personnes qui affirment vouloir rester chez ADAR. Cette catégorie de personnes représente plus de la moitié de personnes âgées, soit 57% de l'échantillon. Elle est composée en grande partie des personnes incertaines à propos de l'évolution de leur dépendance, mais aussi des personnes pessimistes et optimistes.
- 2) L'indécision à garder le prestataire actuel : Cette catégorie représente 36% de l'échantillon. Les personnes incertaines composent l'essentiel de cette catégorie avec 65% suivie de personnes pessimistes avec 27%.

Les personnes en rupture avec le prestataire représentent une part marginale de l'échantillon, soit 6%.

Les personnes dépendantes sont moins indécises à garder le prestataire actuel que les personnes autonomes ou modérément dépendantes. On peut dire donc que les personnes fragiles sont plus fidèles au prestataire que les personnes faiblement dépendantes ou autonomes. La présence d'une aide d'un proche n'influence pas la décision de la personne âgée à changer de prestataire. La proportion des personnes fidèles au prestataire ADAR reste élevée et constante (entre 60 et 62%) à tous les niveaux d'aide domestique (souvent, rarement ou jamais). Par ailleurs, il serait difficile pour une personne isolée et dépendante de changer de prestataire. L'analyse factorielle suivante nous montre ces liens entre les facteurs socio-sanitaires et le comportement de l'utilisateur vis-à-vis de son prestataire.

*F2. Le recours à l'aide
domestique des proches*



Le pourcentage d'information par facteur

	F 1 : 25,79%		F 2 : 17,94%	
	Absolue	Relative	Absolue	Relative
Souvent aidé par les proches	2,04	0,06	23,22	0,48
Rarement aidé par les proches	2,34	0,05	12,98	0,21
Jamais aidé par les proches	5,56	0,16	4,05	0,08
Autonome ou faiblement dépendant	17,53	0,41	16,99	0,28
Moyennement dépendant	0,21	0	13,26	0,32
Lourdement dépendant	17,57	0,4	0,35	0
Pessimistes sur l'évolution de la dépendance	19,41	0,51	0,24	0
Optimiste sur l'évolution de la dépendance	1,14	0,02	15,91	0,25
Incertain sur l'évolution de la dépendance	16,43	0,58	3,43	0,08
Fidèle au prestataire actuel	6,18	0,29	4,07	0,13
Incertain à garder le prestataire actuel	11,53	0,34	5,45	0,11

Le facteur 1 : l'axe des abscisses

Les variables de dépendance et d'appréciation sur l'évolution de la dépendance contribuent à plus de 70% à la construction du facteur 1. Ce facteur désigne donc l'appréciation que fait la personne âgée de sa situation socio-sanitaire. La distribution des individus autour de cet axe montre deux appréciations opposées : celle des personnes faiblement dépendantes ou autonomes et celle des personnes lourdement

dépendantes. Les premières sont en générale incertaines sur leur situation socio-sanitaire et les secondes pessimistes. La troisième population est composée de personnes moyennement dépendantes. Il se situe au milieu de l'axe 1. Leur appréciation sur l'évolution de leur dépendance est plutôt incertaine pour 51% et pessimiste pour un 34% (tableau n° 19).

Le facteur 2 : l'axe des ordonnées

Cet axe est construit essentiellement par la variable aide domestique (des proches), le niveau de dépendance moyen et l'optimisme de ces personnes modérément dépendantes à propos de l'évolution de leur dépendance. Au total, ces trois variables contribuent de plus de 65% à la construction du facteur 2. La plus forte contribution vient de la variable aide domestique avec 36% des contributions. La population qui bénéficie le plus de l'aide familiale est celle qui est composée des personnes moyennement dépendantes. Plus de 46% de cette catégorie est souvent aidée par les membres de leur famille contre 28% chez les personnes modérément dépendantes ou autonomes et 42% chez les personnes lourdement dépendantes. L'existence d'une aide familiale conséquente peut représenter une sorte d'assurance pour la personne âgée. La crainte pour la personne âgée est de se retrouver seule sans aide. Décider à changer de prestataire peut dépendre de la possibilité d'avoir une aide d'un proche. En effet, la personne âgée ne se sent pas seule pendant la période de transition entre l'ancien prestataire et le nouveau ce qui peut faciliter la décision de changer de prestataire. En ce sens, l'aide domestique n'est pas seulement une aide complémentaire à l'aide professionnelle, mais aussi elle peut être considérée comme le recours du dernier ressort pour la personne âgée lorsqu'il y a rupture du contrat de prestation.

Cette analyse nous permet de définir deux grandes catégories de population au sein desquelles on peut dégager trois profils types de comportements :

- A.** *La population dont la rupture du contrat de prestation est difficile à supporter.* Cette catégorie de la population est composée de personnes lourdement dépendantes, qui ne bénéficient jamais d'aide domestique et dont l'évolution de la dépendance est appréciée négativement. La priorité de cette population est donc la recherche de la stabilité de la relation de service. La situation d'isolement et de dépendance ne permet pas à la personne âgée de prendre le risque de changer de prestataire. La fidélité au prestataire peut s'interpréter donc comme un comportement non risqué fondé sur un minimum de satisfaction sur la qualité.
- B.** *La population pour qui la rupture du contrat est relativement supportable.* Cette population est composée de deux sous-catégories:

B.1. *Les personnes faiblement dépendantes ou autonomes :* ces personnes ne bénéficient jamais d'aide domestique. Mais le fait qu'elles aient une certaine autonomie physique et mentale leur

donne la possibilité de vivre une période sans aide professionnelle. Elles peuvent ainsi changer de prestataires à chaque fois que la qualité est jugée peu satisfaisante.

B.2. Les personnes moyennement dépendantes mais qui bénéficient d'une aide domestique. A l'instar des personnes autonomes, les personnes moyennement dépendantes peuvent rester une certaine période sans aide professionnelle grâce à l'aide domestique. En outre, leur capacité à produire certains gestes de la vie courante indispensable peut les rendre relativement autonomes vis-à-vis de l'aide professionnelle. Elles peuvent ainsi changer de prestataire avec un risque minime de perturbation de leur équilibre social.

Les deux principaux facteurs endogènes¹³⁶ de la stabilité de la relation de service sont le niveau de dépendance et la présence de l'aide domestique. La dépendance tire vers la stabilité de la relation tandis que l'autonomie tire vers la rupture, toute chose étant égale par ailleurs. Ces deux faits sont illustrés par le profil *A* et *B1*. La stabilité pour le profil *A* représente la régularité de l'aide à domicile tandis que la rupture signifie pour le profil *B1* la recherche d'une nouvelle forme d'aide avec l'avantage qu'elle puisse lui apporter en termes de prix et de qualité. Entre ces deux comportements extrêmes se trouve un comportement médian illustré par le profil *B2* composé par des personnes moyennement dépendantes. Chez cette population, la présence de l'aide domestique oriente la relation plutôt vers la rupture tandis que l'évolution négative de la dépendance pour une partie de cette population l'oriente vers la stabilité de la relation.

3.2. Choix rationnel ou choix par défaut ?

Nous avons vu dans le chapitre II que les services offerts par les prestataires sont de qualités différentes. Plusieurs formes d'offre avec des niveaux de qualité très disparates se côtoient sur le marché local. On y trouve une offre associative, l'offre des CCAS et l'offre des entreprises commerciales. La première distinction est donc d'ordre statutaire : on distingue une offre marchande et une offre non marchande. La deuxième distinction est liée à la nature des activités et aux spécialisations entre les prestataires. Ces différences de prise en charge de la dépendance au domicile des personnes âgées se traduisent nécessairement par des différences de qualités (cf. le chapitre V). Par ailleurs, ces différences sont très peu visibles sur le marché. Outre l'incertitude sur la qualité due à l'incapacité de connaître le résultat de la prestation avant son déroulement, l'utilisateur doit affronter cette autre incertitude liée à l'invisibilité des

¹³⁶ Les facteurs qui sont liés directement à la situation sociale et sanitaire de la personne âgée en dehors de l'appréciation sur la qualité du prestataire. L'effet de la qualité du prestataire est aussi important dans la stabilité de la relation de service.

différenciations qualitatives. Comment les personnes âgées arrivent-elles à opérer leur choix dans ce contexte ? Et quelle est la nature de ce choix ?

Pour répondre à cette question nous avons examiné le choix des personnes âgées sous l'angle de l'information sur la qualité. Le point de départ de cette analyse porte sur les conditions informationnelles dans lesquelles est opéré le choix. Autrement dit, nous avons cherché à savoir si les personnes âgées s'informent sur les qualités avant d'opter pour un prestataire parmi tant d'autres. Si tel n'est pas le cas il nous faut expliquer ce comportement. Les usagers sont-ils indifférents vis-à-vis de la qualité ou c'est la difficulté à trouver cette information qui les dissuade à la rechercher ? Dans certains cas, comme les situations d'urgence par exemple, on peut supposer que l'information recherchée est réduite à quelques indications sur le prestataire. Il s'agirait d'une information pertinente qui déclenche la demande. Quel est le contenu de cette information pertinente et dans quel cadre est-elle construite ?

3.2. 1. Un choix dans l'ignorance des différences de qualités ?

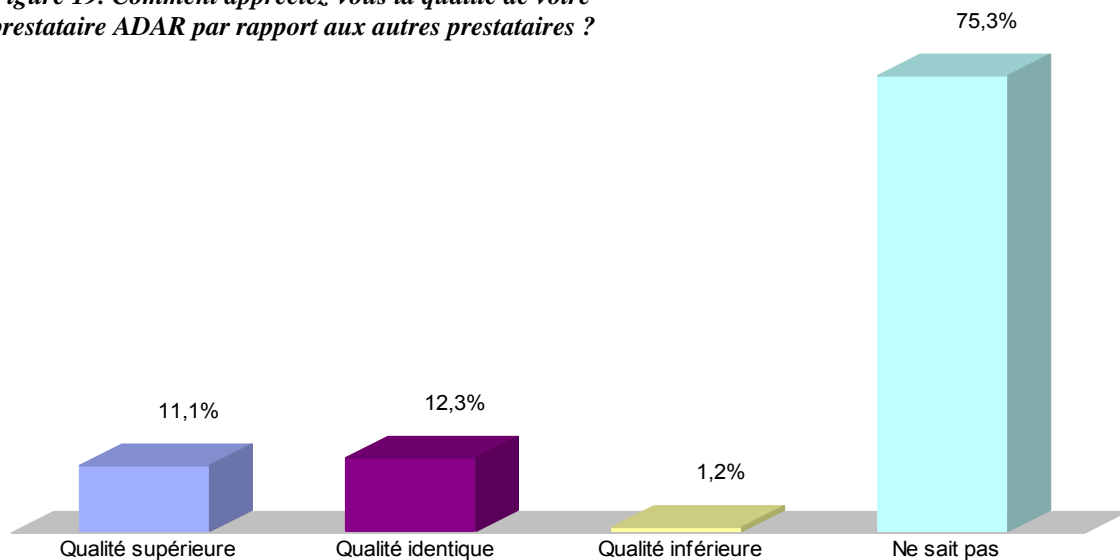
Nous avons essayé d'apprécier l'impact de l'incertitude qualitative sur le choix de la personne âgée en vérifiant deux principales hypothèses :

- Etant donné que les mécanismes traditionnels du marché ne peuvent pas montrer les différences de qualité (prix, publicité, signes de qualités), les personnes âgées opèrent leur choix sans pouvoir comparer les qualités offertes. Il s'agit donc d'un choix d'ignorance. Par ailleurs, la personne âgée choisit-elle un prestataire par défaut ? Autrement dit, la personne âgée opte-t-elle pour un prestataire parce que justement elle n'a pas d'autres choix ?
- La qualité a un poids important dans le choix d'une certaine catégorie de personnes âgées. L'information sur la qualité est donc importante pour effectuer le meilleur choix. Les personnes âgées recherchent-elles cette information ? Si ce n'est pas le cas, s'agit-il d'un choix de désintéressement à propos de la qualité ?

3.2.1.1. La majorité des personnes âgées ignorent les différences de qualité

Pour savoir si les personnes âgées peuvent différencier les prestataires selon leur niveau de qualité, nous leur avons posé la question suivante : « comment appréciez-vous la qualité de votre prestataire par rapport à celle des autres ? » Le graphique suivant résume les réponses.

Figure 19. Comment appréciez-vous la qualité de votre prestataire ADAR par rapport aux autres prestataires ?



La majorité des personnes âgées est incapable de situer la qualité de leur prestataire par rapport à celle des concurrents. Rappelons que l'offre locale est composée de plus d'une dizaine de prestataires agréés référencés en 2006. Plus de 75% des personnes interrogées affirment ignorer si la qualité de leur prestataire est supérieure, inférieure ou identique à celle des prestataires concurrents. Ce degré d'ignorance élevé sur les qualités offertes localement montre le caractère incertain du contexte où est effectué leur choix. Les personnes âgées ont donc choisi leur prestataire ADAR sans savoir si la qualité de ses services est différente de celle des autres. A travers ce premier résultat, on peut affirmer que les usagers de ces services ne disposent pas véritablement d'un libre choix.

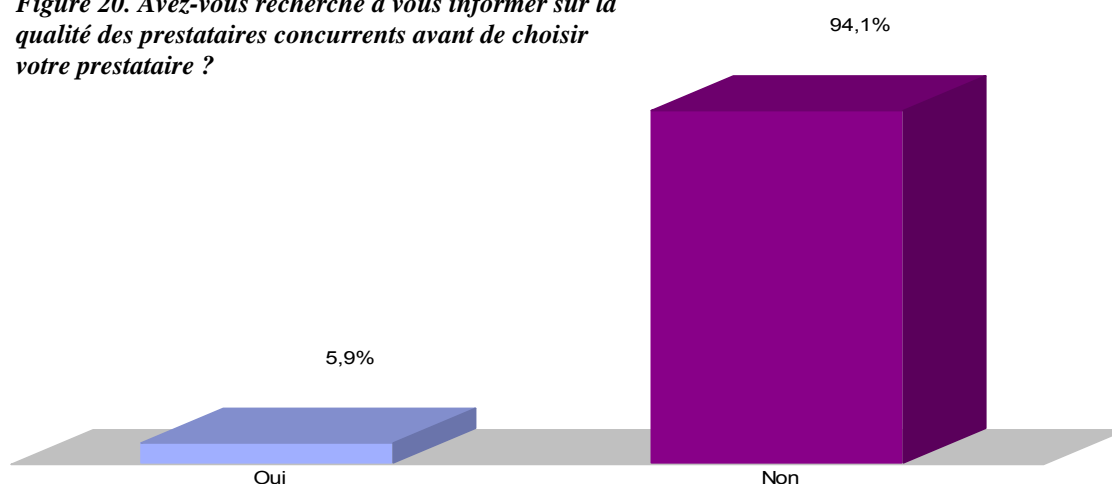
L'ignorance des personnes âgées sur la qualité illustre l'invisibilité des différences entre les prestataires. L'incertitude sur la qualité apparaît ici dans le fait que le choix est effectué sans avoir une référence de comparaison, surtout quand on sait que l'expérimentation dans l'aide à domicile est très faible (voir plus loin). En effet, l'enquête a montré que près de 80% des personnes âgées n'ont jamais changé de prestataire. Il y a donc un manque de repères externes sur la qualité qui auraient permis aux personnes âgées d'éclairer leur choix.

Ce graphique montre aussi que 12,3% des personnes pensent que la qualité des services d'ADAR est qualitativement identique à celle des concurrents. Et pourtant leur choix est porté sur ADAR et non pas sur un autre prestataire. Pour cette catégorie de personnes, le choix est-il hasardeux ? Face à l'urgence socio-sanitaire (maladie, décès d'un conjoint, départ de l'aidant habituel, etc.), la personne âgée ou sa famille opte pour un quelconque prestataire. L'urgence pour eux est de trouver une aide le plus rapidement possible.

3.2.1.2. Le recours à l'aide à domicile se fait sans recherche préalable d'information sur la qualité

Comment peut-on expliquer le fait que les personnes âgées sont incapables de différencier qualitativement les prestataires ? Considèrent-elles que la qualité est secondaire dans leur choix ? Dans un premier temps, nous avons cherché à savoir si les personnes âgées cherchent à s'informer sur la qualité des prestataires avant de procéder au choix. Dans un deuxième temps, nous avons tenté d'apprécier l'importance de la qualité dans les choix des personnes âgées.

Figure 20. Avez-vous recherché à vous informer sur la qualité des prestataires concurrents avant de choisir votre prestataire ?



Quasiment toutes les personnes âgées, soit 94%, affirment ne pas avoir cherché à s'informer sur la qualité des différents prestataires avant de choisir l'association ADAR. *A priori*, on ne peut pas parler de choix puisque l'information sur la qualité n'est pas recherchée. Ceci peut expliquer d'ailleurs la proportion élevée des personnes ignorant si ADAR est qualitativement meilleure par rapport à ses concurrents. La non-recherche de l'information confirme donc l'hypothèse d'un choix effectué dans l'ignorance.

Ce comportement peut s'expliquer par l'absence d'information sur la qualité. D'ailleurs, comment peut-on différencier les prestataires qualitativement s'il n'existe pas d'outils permettant d'évaluer leur qualité ? Cette difficulté du marché à offrir une information objective sur la qualité est due, selon nous, à la difficulté à mesurer la qualité de ces services. Cette qualité peut renvoyer à plusieurs dimensions rattachées aux caractéristiques des salariés, aux procédures internes de l'organisation, à la proximité avec les usagers, aux valeurs qui animent l'organisation, etc. Cette complexité de la qualité rend difficile son évaluation.

A la question posée, plus de 45% des personnes âgées affirment que l'information sur la qualité est inexistante ou très difficile à trouver. Les autres personnes en revanche, affirment que l'information

existe, mais celle-ci se trouve dans l'espace des relations privées et non pas dans l'espace public (cf. supra).

Peut-on dire que la non-recherche de l'information par les personnes âgées signifie une indifférence de ces derniers par rapport à la qualité ? Ce n'est pas certain. En effet, nous avons demandé aux personnes âgées de spécifier le niveau de qualité désirée en fonction de leur besoins réels (selon leur dépendance). Plus de 33% désirent une qualité élevée, 57,8% une qualité moyenne et 9,8% une qualité faible. Comme le montre le tableau n°20, le niveau de qualité désirée augmente avec le niveau de dépendance.

Tableau 20. Qualité désirée en fonction du niveau de dépendance (en %)

<i>Niveau de qualité désiré</i>	<i>Niveaux de dépendance</i>				Total
	Autonomie	Dépendance faible	Dépendance moyenne	Dépendance lourde	
Élevée	9,4	16,0	30,3	66,0	32,4
Moyenne	46,9	68,0	68,8	32,1	57,8
Faible	43,8	16,0	0,9	1,9	9,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tableau : % Colonnes. Khi2=80,8 ddl=6 p=0,001 (Val. théoriques < 5 = 2)

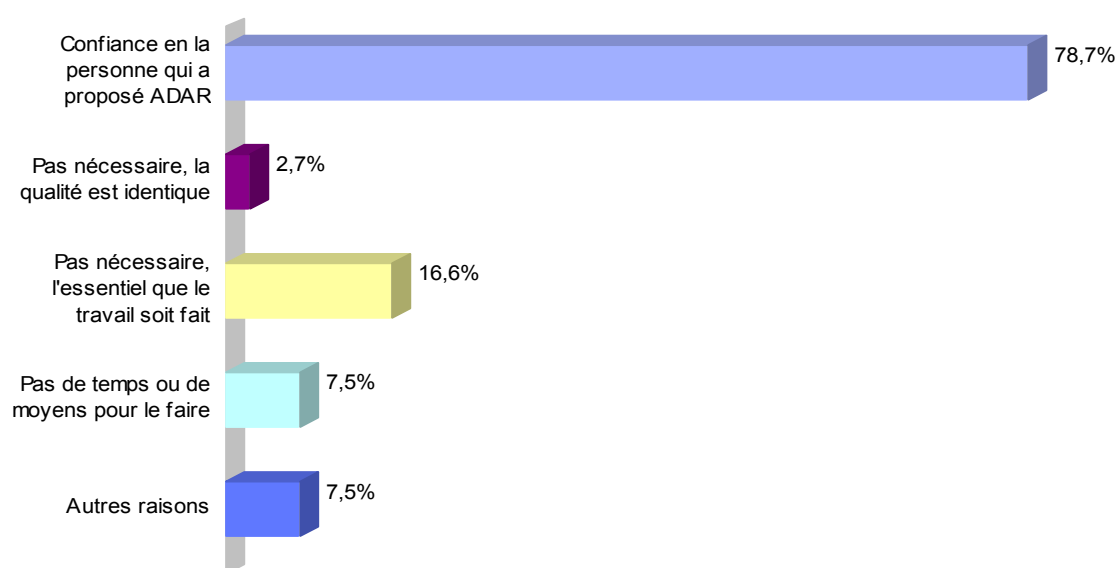
La majorité des personnes lourdement dépendantes, soit deux tiers, désirent une qualité élevée et un tiers une qualité moyenne. C'est exactement le contraire pour les personnes moyennement dépendantes. Deux tiers désirent une qualité moyenne et un tiers une qualité élevée. La faible qualité est rejetée par la quasi-totalité de ces deux catégories de personnes âgées. En revanche, la qualité faible est désirée par 16% des personnes faiblement dépendantes et par 44% des personnes autonomes. A travers ces quelques résultats, on peut affirmer que la qualité est un élément important de la demande de service pour la majorité des personnes âgées, notamment des personnes dépendantes. Mais, on ne peut pas conclure que ces personnes recherchent systématiquement la qualité. C'est leur disponibilité à payer le prix qui peut renseigner sur le niveau d'importance de la qualité dans leur choix.

La question posée est de savoir si la personne âgée est disposée à payer un prix proportionnel à la qualité désirée. Par cette question, il est demandé si la personne âgée est prête à payer un supplément de prix en contrepartie d'une qualité meilleure. Plus de 72% affirment être disposées à payer un prix proportionnel à la qualité désirée. Mais une majorité de ces personnes (56%) souhaitent que ce supplément de prix soit modéré. Enfin, 27% ne souhaitent pas payer ce supplément même si une grande partie de ces personnes désire une qualité élevée (36%) ou moyenne (50%). Ces résultats montrent que la grande majorité des personnes âgées est prête à payer un prix proportionnel pour des services de qualité. Cela confirme, en quelque sorte, l'importance de la qualité dans le choix des personnes âgées.

3.2.2. Un choix de confiance plutôt qu'un choix par défaut

Le point précédent a mis en lumière une certaine contradiction dans le choix des personnes âgées. D'une part, elles affirment que la qualité est un élément important. D'autre part, elles ne cherchent pas à s'informer sur la qualité des prestataires et surtout leur choix est effectué sans avoir comparé la qualité des prestataires. Comment expliquer ce paradoxe ? Pour répondre à cette question, nous avons demandé aux personnes âgées quelles sont les raisons de leur non-recherche d'information sur les qualités. Le graphique suivant résume leurs réponses.

Figure 21. Pourquoi n'avez-vous pas cherché à vous informer sur la qualité des différents prestataires ?



La confiance en la personne qui a proposé le prestataire ADAR est la principale raison de la non-recherche de l'information sur la qualité. Environ 79% des personnes âgées n'ayant pas effectué cette recherche affirment qu'elles font confiance à la personne qui leur a conseillé ADAR.

Dans la mesure où la personne âgée accorde sa confiance en la personne qui lui a recommandé ADAR, elle n'est plus dans le besoin de rechercher l'information sur la qualité. Comme l'affirme Karpik (1989), l'information utile trouvée auprès des tiers autorise la comparaison entre les différents prestataires et la décision rationnelle. C'est le cas des personnes interrogées puisque leur choix est exclusivement fondé sur les conseils qu'on leur a donné. Pour ces personnes, la recherche de l'information s'arrête dès le moment qu'ils jugent pertinente l'information communiquée par les tiers. La pertinence de cette information est déterminée par la crédibilité de la tierce-personne, qui elle-même dépend du niveau de confiance que la personne âgée lui accorde. C'est cette confiance qui permet de lever au moins partiellement l'incertitude

sur la qualité et rendre le choix possible. C'est en ce sens que nous considérons que le choix des personnes âgées est un choix de confiance plutôt qu'un choix d'aveuglement.

Ce résultat peut être interprété de deux manières :

- Le choix d'un prestataire n'est pas effectué dans l'isolement même si l'information sur la qualité est indisponible ou difficilement accessible ;
- L'information pertinente sur la qualité est recherchée auprès des tiers. Les personnes âgées qui ont affirmé qu'ils n'ont pas eu de difficultés à trouver l'information sur la qualité sont finalement informées par ces tiers.

Les tierces-personnes occupent donc une place importante dans la coordination sur le marché de ces services. Ce sont eux qui généralement orientent la demande et par conséquent, il n'est pas exclu que leur comportement soit discriminant. Ces tierces-personnes sont généralement des proches de la personne âgée, ou d'autres tiers appartenant au monde socio-sanitaire (le personnel de santé ou le personnel du secteur social). Ces interactions entre les usagers des services de l'aide à domicile et ces tiers constituent le réseau d'échange pour reprendre les termes de Karpik (op.cit.). En ce sens, le travail de recherche d'information est effectué dans le cadre de ces réseaux d'échange. Suivant toujours le même auteur, on peut qualifier le marché de ces services de marché-réseau.

À ce stade d'analyse, nous avons un indice sur l'importance du réseau social dans la coordination entre l'offre et la demande. Cette importance est acquise grâce aux dispositifs de confiance qui structurent les relations au sein de ces réseaux d'échange. Les personnes âgées accordent leur confiance à ces personnes-ressources, parce que ces dernières présentent une caractéristique principale qui est leur désintéressement ou leur expérience. Comme le note Karpik (1996) :

« Le marché-réseau se distingue du marché conventionnel fondé sur une relation bilatérale autour d'une information publique par une relation triangulaire dans laquelle une tierce-partie, à la quelle on fait confiance pour son expérience et son désintéressement, devient la source et le garant d'une information qui crée les conditions nécessaires aux engagements contractuels » (p. 532).

Par ailleurs, il est important de noter que toutes les personnes âgées n'ont pas cette possibilité d'être aidée dans la formulation de leur choix par une tierce-personne « digne » de confiance. Une partie de notre échantillon se trouve dans cette situation. Ce sont des personnes isolées, lourdement dépendantes et qui vivent seules. Derrière leur choix il y a une tierce personne qui est généralement le médecin ou l'Equipe Médico-sociale du département. Mais, comme ce sont des personnes isolées, l'avis de ces tiers ne peut pas être confronté à celui d'autres personnes (les proches par exemple). Ainsi, même si le choix s'inspire de la confiance vis-à-vis de ces tiers, il est fort probable que la personne âgée ne trouve pas l'information

utile lui permettant d'effectuer un choix éclairé. Cette probabilité augmente notamment si la tierce-personne ne connaît qu'une seule organisation à conseiller à la personne âgée.

3.2.3. *Un choix de confiance entaché d'incertitudes sur la qualité adaptative*

Bien que la tierce-personne apporte une information pertinente à la personne âgée lui permettant d'effectuer son choix, l'incertitude sur la qualité n'est cependant pas totalement levée. Dès lors qu'on adopte une approche dynamique de la relation de service, un autre type d'incertitude apparaît. Il s'agit de l'incertitude sur la qualité adaptative. Une question importante reste en suspens au cours de la relation: le prestataire peut-il adapter la qualité à l'évolution des attentes de ses clients ?

Tableau 21. Pensez-vous que votre prestataire est capable d'adapter la qualité à l'évolution de votre dépendance ?

	Effectif	%
OUI	155	32,1%
En partie	205	42,4%
Ne sait pas	118	24,4%
NON	5	1,0%
Total	483	100%

Un tiers des personnes âgées pense que leur prestataire ADAR est parfaitement capable d'adapter la qualité à l'évolution de leurs besoins. La confiance accordée par ces personnes à leur prestataire semble être entière. Le reste de l'échantillon se montre moins optimiste. Plus de 42% pensent que la capacité adaptative de leur prestataire est partielle, ce qui signifie qu'elle est insuffisante au regard de l'évolution de leurs besoins. En outre, 24,4% de l'échantillon ignore si leur prestataire est capable ou pas d'adapter la qualité du service.

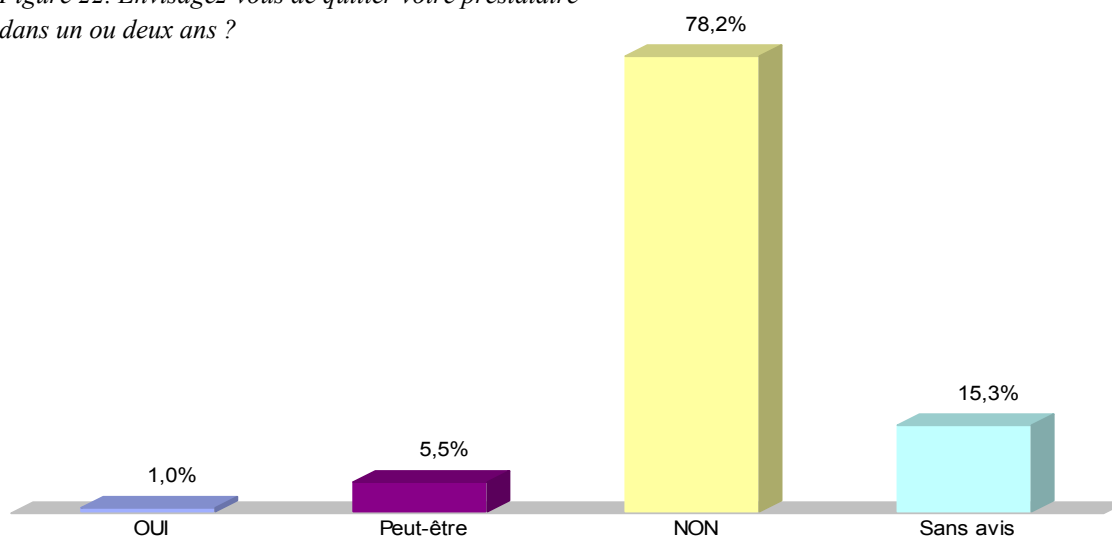
Ainsi, plus de deux tiers des personnes âgées sont insatisfaites ou incertaines sur la qualité adaptative du prestataire ADAR. Pour cette catégorie de personnes âgées, la reconduction du contrat de prestation serait incertaine si la décision dépendait de leur évaluation de la qualité adaptative. L'incertitude et l'insatisfaction sur la qualité adaptative peuvent donc menacer la stabilité de la relation de service.

3.2.4. *Des usagers fidèles au prestataire même s'ils ont insatisfaits ou incertains sur sa qualité adaptative*

L'incertitude sur la qualité adaptative et le peu de satisfaction à propos de cette qualité pourraient conduire à une perte de confiance vis-à-vis du prestataire. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons

demandé aux personnes âgées si elles envisagent de quitter leur prestataire pour un autre plus qualifié dans le court ou le moyen terme.

Figure 22. Envisagez-vous de quitter votre prestataire dans un ou deux ans ?



Plus de 78% des personnes âgées affirment ne pas envisager de quitter leur prestataire, 5,5% sont indécises et seulement 1% envisage de le faire. Un peu plus de 15% des usagers sont sans avis. Il s'agit là d'un niveau de fidélisation très élevé des usagers. Une grande majorité des personnes âgées est donc fidèle au prestataire malgré l'incertitude sur sa qualité adaptative.

L'appréciation plutôt négative de cette qualité par les usagers semble ne pas remettre en cause la confiance accordée au prestataire. Cependant, le niveau de fidélisation diminue quand les personnes âgées intègrent l'évolution de leur dépendance. En effet, quand on leur demande comment elles réagiront suite à l'évolution de leur dépendance, seulement 59,3% affirment ne pas envisager de quitter le prestataire actuel. De plus, ce niveau de fidélisation baisse considérablement selon l'estimation que l'on fait de la qualité adaptative du prestataire. Comme le montre le tableau n°22 la fidélité régresse chez les personnes insatisfaites ou incertaines sur la qualité adaptative.

Tableau 22. Le niveau de fidélité en fonction de l'appréciation sur la qualité adaptative du prestataire (en%)

Appréciation sur la qualité adaptative	Réaction à l'incertitude sur la qualité adaptative			
	Rupture	Fidélité	Incertainité	Total
Adaptabilité parfaite	4,1	73,0	23,0	100,0
Adaptabilité partielle	8,6	60,3	31,1	100,0
Incertainité	5,2	40,0	54,8	100,0
Total	6,4	59,3	34,3	100,0

Tableau : % Lignes. $\chi^2=35,3$ ddl=4 $p=0,001$ (Très significatif)

On constate que 73% des personnes qui ont jugé parfaite la qualité adaptative de leur prestataire ont décidé de lui renouveler leur confiance. Cette proportion diminue de 13 points en passant à 60% chez les personnes jugeant cette qualité insuffisante. Elle est encore plus faible chez les personnes incertaines sur cette qualité (40%). Parallèlement, l'incertitude à reconduire le contrat de prestation augmente avec la baisse de la qualité adaptative estimée. Plus de la moitié des personnes âgées incertaines sur la qualité adaptative du prestataire sont également incertaines à lui renouveler leur confiance. Il apparaît donc que la qualité adaptative est importante à la stabilité de la relation de prestation.

La rupture est une option marginale malgré le jugement négatif sur la qualité adaptative du prestataire. Comment peut-on expliquer ceci ? Trois hypothèses peuvent être avancées :

- On peut supposer que les personnes âgées continueront à accorder leur confiance au prestataire tant que le niveau de satisfaction immédiat est maintenu à un niveau élevé. La décision de changer de prestataire interviendrait au moment où ce niveau de satisfactions se dégrade comme l'illustre ce témoignage : *« Je suis à ADAR depuis 1975 et j'ai vu son évolution. Tant que je peux vivre chez moi, je reste à ADAR car c'est une bonne association. Le jour où je ne pourrais plus vivre à domicile, je me placerai dans une maison de retraite. »* (Madame Plavel, 73 ans, vit seule, moyennement dépendante)
- Les personnes âgées restent fidèles à leur prestataire actuel tant que l'opportunité de trouver un prestataire de meilleure qualité ne s'est pas présentée. L'incertitude et le flou sur les différentes qualités en concurrence rendent difficile la décision de changer de prestataire.
- La nécessité de reconstruire une nouvelle relation est une contrainte notamment chez les personnes lourdement dépendantes. Le changement de prestataire implique un effort de la part de l'utilisateur et de sa famille pour reconstruire une nouvelle relation de confiance avec le nouveau prestataire. Or, il serait moins coûteux pour l'utilisateur de refonder sa relation avec son prestataire en apportant les ajustements nécessaires que de s'investir dans une nouvelle relation aussi incertaine sur ses résultats que la relation actuelle. Ces ajustements se matérialisent essentiellement par le changement du salaire habituel et la prise en compte des attentes des personnes âgées par le prestataire.

Cette dernière explication nous paraît la plus plausible. Si c'est le cas, on peut affirmer qu'une grande partie des personnes âgées adoptent une stratégie de « voice » plutôt que la stratégie « d'exit » au sens d'Hirschman (1972). En exprimant leur mécontentement, les usagers espèrent agir sur le comportement du prestataire. À travers cette « prise de parole », ils créent la possibilité d'un ajustement perpétuel de la qualité. L'incertitude sur la qualité adaptative peut être gérée dans ce type de jeu répété entre la protestation et l'ajustement de qualité. Ceci est vrai seulement si le prestataire est sensible aux protestations des usagers. Le fait de briguer la menace d'exit peut-il contraindre le prestataire à prendre en compte les attentes des usagers ? C'est possible. Mais dans un marché en forte croissance ou dans une situation de monopole, le départ d'un client a peu d'impact économique sur l'organisation. Nous

allons voir dans le chapitre suivant que la stratégie de voice est efficace parce qu'elle peut être collective. Elle ne se traduit pas par une rupture immédiate de la relation mais par une menace sur la réputation du prestataire. Cela peut conduire à une défection progressive des usagers-clients mais surtout par le fait que les usagers arrivant sur le marché se détourneront de l'offre du prestataire en question.

3.3. L'évolution de la dépendance et l'adaptabilité des services

Pour mieux saisir la notion de la qualité des services d'aide à domicile, il convient de distinguer le service en tant que prestation ponctuelle et prédéfinie et le service en tant que relation durable et à plusieurs dimensions. L'introduction de l'évolution de la dépendance et la nécessité d'adapter la qualité est synonyme d'une approche dynamique dans l'évaluation de la qualité. En termes simples, en recherchant à construire une relation durable et stable, les usagers, notamment les personnes lourdement dépendantes, choisiront un prestataire capable d'adapter la prise en charge à l'évolution de leurs besoins.

3.3.1. L'évolution de la dépendance et l'approche dynamique des choix

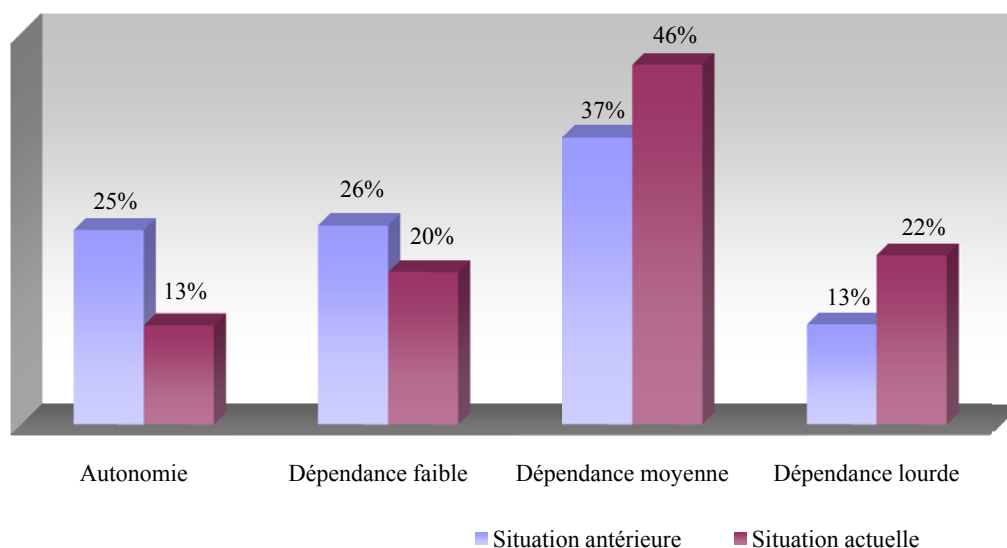
Les questions sur le positionnement « stratégique » des prestataires sur le marché nous ont permis de mettre en évidence une relation étroite entre la qualité globale d'une organisation et la stratégie de fidélisation de ses usagers-clients. Notre point de départ était de savoir si les prestataires ont intérêt à sélectionner leurs clients. Nous avons constaté que la spécialisation dans la prise en charge de la dépendance et la poursuite de l'objectif de fidélisation des usagers conduit irrémédiablement à la nécessité d'augmenter le niveau de qualité totale (cf. le point sur le cercle vertueux de la qualité, chapitre II).

3.3.1.1. La fidélisation des usagers synonyme d'accroissement du niveau moyen de dépendance prise en charge

Quand la personne âgée rentre dans la situation de dépendance, elle va évoluer graduellement et inévitablement vers la dépendance lourde au fur et à mesure qu'elle avance dans l'âge. Le risque d'une dégradation est beaucoup plus élevé chez les personnes isolées que chez les personnes socialement insérées. Le facteur psychologique est en effet un facteur important dans l'évolution de la dépendance des personnes âgées selon le Docteur Huertz de L'hôpital de Tourcoing. Ces caractéristiques socio-sanitaires des personnes âgées peuvent nous donner un indice sur l'évolution de la structure de la demande prise en charge par un prestataire donné. Si sa clientèle est en majorité lourdement dépendante et que leur situation

se dégrade progressivement, il doit alors mettre les moyens nécessaires pour répondre à cette évolution. Le graphique suivant illustre l'évolution de la structure de la dépendance des clients d'ADAR entre deux périodes : la période actuelle et la période antérieure, c'est-à-dire la date où la personne âgée a eu recours pour la première fois aux services d'aide à domicile. En moyenne cette date correspond à l'année 2001 pour l'ensemble de l'échantillon. L'enquête étant menée en 2006, la structure de la dépendance actuelle correspond donc en moyenne à 5 années d'évolution.

Figure 23. Evolution des niveaux de dépendance (en % de l'échantillon)



Un peu plus de la moitié des personnes âgées étaient autonomes ou faiblement dépendantes à la date où elles ont eu recours pour la première fois à un prestataire. L'autre moitié était moyennement ou lourdement dépendante. Les personnes moyennement dépendantes sont donc majoritaires. Leur part a augmenté au même titre que celle des personnes lourdement dépendantes tandis que la part des catégories de personnes autonomes et faiblement dépendantes diminue. Cette évolution montre que la fidélisation de la clientèle s'accompagne nécessairement par l'accroissement du taux de dépendance moyen de la population prise en charge par un prestataire. La conséquence directe de cette évolution se traduit par la nécessité d'adapter sa qualité globale notamment les qualifications professionnelles.

L'évolution du niveau de dépendance moyen de l'échantillon est telle que les personnes autonomes ou faiblement dépendantes, qui étaient majoritaires il y a cinq ans deviennent minoritaires actuellement. Leur part diminue de 50,4% à 32%. À l'inverse, la part de la population moyennement dépendante augmente de 36% à 46%. La population lourdement dépendante suit la même tendance. Son poids passe de 12% à 21%. Au total, 69% de la population interrogée est lourdement et/ou moyennement dépendante à la date de l'enquête (2006). Cette même population était en majorité faiblement dépendante ou autonome il y a cinq ans. Ainsi donc, quand un prestataire arrive à fidéliser une population de personnes âgées, le niveau

moyen de dépendance de cette population augmente. Par conséquent, l'exigence en termes de qualité qu'exprimeront les personnes fidélisées s'accroît, conduisant ainsi le prestataire à augmenter ses capacités en termes de qualifications et de en termes de diversité des services. Ceci se traduit sur le plan de l'emploi par le recrutement d'un personnel plus qualifié ou par l'augmentation du niveau de qualification du personnel en place à travers la formation professionnelle.

L'évolution de la situation socio-sanitaire des personnes âgées va se traduire, au niveau macro-social, par l'accroissement des dépenses publiques. Avec les dotations budgétaires allouées aux prestataires comme mode de financement de l'aide à domicile, l'effort d'adaptation qualitative sera donc pris en charge par les fonds publics. De plus, la réévaluation des plans de dépendance dont nous avons discuté les enjeux dans la deuxième partie¹³⁷, conditionne l'accroissement des capacités d'adaptation des prestataires, donc de la qualité de leurs services.

3.3.1.2. L'approche dynamique du choix des personnes âgées : le poids de l'évaluation subjective sur la qualité dynamique

Nous avons montré que les personnes âgées sont majoritairement fidèles à leur prestataire. Près de 80% des personnes interrogées affirment ne pas vouloir changer de prestataire. En revanche, cette proportion baisse significativement lorsque les personnes âgées intègrent dans leur décision l'évolution de leur dépendance et la capacité du prestataire à faire évoluer la qualité.

Tableau 23. Décision de changer de prestataire en fonction de l'évolution de la dépendance

<i>Evolution de la dépendance</i>	<i>Rupture</i>	<i>Fidélité</i>	<i>Incertitude</i>	<i>Total</i>
Lentement	5,3	62,1	32,6	100,0
Modérément	3,9	57,6	38,4	100,0
Rapidement	15,6	56,3	28,1	100,0
Total	6,1	59,3	34,6	100,0

Tableau : % Lignes. Khi2=11,1 ddl=4 p=0,025 (Val. théoriques < 5 = 1)

Environ 60% des répondants souhaitent garder leur prestataire actuel quelle que soit l'évolution de leur dépendance. Cette proportion baisse avec la dégradation de l'autonomie. Elle est de 56% chez les personnes dont la dépendance évolue rapidement et de 62% chez les personnes dont la dépendance évolue lentement. La décision de quitter le prestataire actuel est plus importante chez la première catégorie. Pour plus de 15% de ces personnes, la décision de quitter leur prestataire actuel est envisageable. L'alternative pour la majorité de cette catégorie est probablement le placement dans une maison de retraite.

¹³⁷ Cf. le point 3.3.3 du chapitre IV. En résumé, dans ce point nous avons exposé les conflits d'intérêts entre le prestataire, le financeur et la personne âgée quand la situation socio-sanitaire de celle-ci se dégrade, ce qui nécessite une prise en charge qualitative à domicile ou dans le cadre d'un hébergement social (maison de retraite, accueil de jour, etc.)

L'évolution de la dépendance peut donc modifier les rapports entre l'utilisateur et le prestataire. La fidélisation des personnes âgées devient de plus en plus difficile quand leur dépendance atteint un certain stade. La nécessité de les accompagner par des services de qualité est alors indispensable pour les fidéliser et les maintenir à domicile. Les services de soins à domicile, l'accueil du jour et même les services d'accompagnement en dehors du domicile sont des services non seulement fidélisant mais surtout pouvant créer les conditions optimales de maintien à domicile des personnes lourdement dépendantes. En fournissant ces services, l'organisation améliore sa qualité dynamique¹³⁸. Le choix des personnes âgées lourdement dépendantes s'oriente davantage vers ce type d'offre dont la qualité dynamique est élevée. En outre, la fidélisation des personnes âgées dépend de leur appréciation sur la qualité dynamique de la prise en charge proposée par le prestataire. Comme nous l'avons montré plus haut, (tableau 23), les personnes les plus incertaines sur cette qualité sont les moins fidèles. Et inversement, le taux de fidélité est le plus élevé chez les personnes qui estiment suffisante la qualité dynamique du prestataire.

Nous pouvons donc supposer qu'une catégorie de personnes âgées adopte une approche dynamique lors du choix d'un prestataire. Autrement dit, le choix est déterminé à la fois par l'appréciation qu'ils font de l'évolution de leur dépendance et de l'appréciation sur la qualité dynamique des prestataires. Cette approche est même conduite au cours de la relation de service. La confiance accordée au prestataire est constamment mise à l'épreuve par les usagers. L'évolution de la dépendance et la réaction du prestataire à cette évolution sont des épreuves cruciales à la stabilité de cette relation. Cette approche dynamique est susceptible d'accentuer l'exigence des usagers à propos de la qualité et de leur volatilité.

3.3.2. L'évaluation subjective de la qualité de l'organisation

En se référant aux démarches de qualité des professionnels d'aide à domicile et aux discours des personnes âgées, nous avons décomposé la qualité totale de l'organisation en trois grandes dimensions: la qualité ou la compétence professionnelle (professionnalisme du prestataire selon les termes utilisés par les usagers), la qualité de proximité et la qualité adaptative (encadré 15). Parallèlement à la sémantique employée par les différents acteurs rencontrés, nous avons eu recours aux définitions utilisées par les prestataires dans leurs enquêtes d'auto-évaluation internes.

¹³⁸ La qualité dynamique désigne la capacité de l'organisation à adapter ses services à l'évolution des besoins de sa clientèle (voir le chapitre IV).

Encadré 15. Les dimensions de la qualité dynamique du prestataire

Nous avons décomposé la qualité des services d'aide à domicile en six dimensions:

1. Le professionnalisme : qualification des employés et la mise en place par l'organisation de procédures internes que les salariés doivent respecter.
2. La diversité des services : la possibilité de fournir des services complémentaires tels les soins à domicile, le transport, les travaux de bricolage, etc. L'existence de ces services signifie une globalisation de la prise en charge de la dépendance.
3. La coordination des services : capacité du prestataire à coordonner les différents employés intervenant chez la personne âgée et les différents services fournis.
4. L'accueil et l'information : gestion de la demande de la personne âgée, l'orientation de celle-ci vers des partenaires lorsqu'elle nécessite d'autres services qu'il ne peut pas fournir, l'établissement des liens de proximité avec elle, etc.
5. L'adaptabilité qualitative : la capacité du prestataire à adapter la qualité (les qualifications) à l'évolution de la dépendance de la personne âgée.
6. Le suivi et le contrôle de qualité : évaluation permanente de l'évolution des attentes de la personne âgée, le contrôle de la prestation qui lui est fournie, recensement de ses critiques, etc.

Le contenu de chacune de ces six dimensions n'est pas totalement indépendant des autres. Par exemple, la frontière entre la dimension Professionnalisme et la dimension Adaptabilité n'est pas très évidente. La qualification des employés est le dénominateur commun à ces deux dimensions. Par conséquent, la capacité d'adaptation peut signifier aussi le professionnalisme.

On peut regrouper ces six dimensions en trois grands types :

Qualité professionnelle: On peut comprendre par professionnalisme la modernisation des supports de la prestation. Autrement dit, les qualifications techniques et humaines dont dispose le prestataire, la formalisation de la prestation par un contrat, l'édification des règles de la prestation permettant une certaine régularité, la déontologie, etc.

Qualité de proximité: elle consiste en la capacité de l'organisation à bâtir et à entretenir une relation de proximité avec la personne âgée. Cette dimension est constituée des missions d'information et d'orientation de la personne âgée ainsi que le contrôle et le suivi de qualité. Sur le terrain, elle se traduit par la décentralisation de l'organisation au niveau des bassins de vie, l'évaluation régulière des attentes de l'utilisateur, la prise en compte de ses suggestions et de ses critiques, l'incitation des salariés à créer un climat de confiance et de bonne entente avec l'utilisateur, etc.

Qualité adaptative : elle est composée des trois dimensions : l'adaptabilité, la diversité et la coordination des services. Cette combinaison constitue l'essentiel de la qualité dynamique de l'organisation. Elle se traduit par la capacité du prestataire à globaliser la prise en charge de la dépendance. Elle se mesure par la possibilité de réagir rapidement à l'évolution des besoins de la personne aidée en fournissant l'ensemble des services nécessaires.

Tableau 24. Classement des qualités par les personnes âgées

Les dimensions de la qualité	Nombre de voix
Professionnalisme	23,9%
Adaptabilité des services	22,9%
Coordination	21,2%
Suivi et contrôle de la qualité	15,3%
Diversité services	9,8%
Accueil et information	6,9%
Total	100%

Le tableau n° 24 représente la structure des « préférences » des personnes âgées interrogées selon les six dimensions de la qualité que nous avons définies. Selon ce classement, la dimension la plus demandée par les usagers est le professionnalisme du prestataire. La dimension adaptabilité des services arrive en seconde position suivi de la dimension liée à la coordination des services. La bonne position qu'occupent ces deux dernières dimensions montre l'importance accordée des personnes âgées à la globalisation et à l'adaptation de la prise en charge. Pour mieux faire apparaître cet intérêt à la qualité adaptative, nous reconstituons le classement des qualités en les regroupant en trois grandes dimensions à savoir, la qualité professionnelle, la qualité de proximité et la qualité adaptative (cf. encadré 15).

Tableau 25. Le contenu de la qualité dynamique

	Nombre de voix
Qualité professionnelle	23,9%
Qualité de proximité	22,2%
Qualité adaptative	54,0%
Total réponses	100%

La qualité adaptative est celle qui recueille le plus de voix. Cette qualité est une priorité dans l'évaluation de la qualité globale pour plus de 54% des personnes âgées interrogées. Autrement dit, une majorité significative des personnes âgées considère que l'adaptation qualitative est le principal facteur de satisfaction de la qualité. On peut évaluer les contributions des trois dimensions constituant la qualité adaptative en rapportant le nombre de voix de chacune au total des voix. La contribution de l'adaptation des compétences professionnelles (notamment les qualifications) est de 42%, celle de la coordination des divers services est de 39% et enfin, la dimension diversité des services contribue de 18% à la qualité adaptative.

Cette classification des qualités renseigne sur le poids de l'adaptabilité qualitative dans l'évaluation de la qualité globale du prestataire. En attribuant une majorité des voix à cette qualité, les personnes âgées expriment leur désir pour une offre adaptable et intégrant l'ensemble de leurs besoins liés à la dépendance. Ceci confirme l'importance de l'approche dynamique de l'évaluation de la qualité par les personnes âgées. Cet intérêt pour la qualité adaptative nous le retrouvons chez l'ensemble des personnes âgées quel que soit leur niveau de dépendance. Mais ce sont les personnes les plus fragiles qui expriment le plus le besoin en cette qualité. C'est le cas de :

- 58% des personnes lourdement dépendantes contre 52% pour les personnes faiblement dépendantes
- 55% des personnes seules contre 52% pour les personnes en couple
- 54% des personnes âgées de plus de 80 ans contre 48% pour les personnes de moins de 65 ans.

CONCLUSION DU CHAPITRE V

L'enquête que nous avons menée dans un territoire circonscrit avait pour objectif de vérifier certaines hypothèses énumérées dans la partie II. Il s'agit principalement de l'hypothèse de l'incertitude sur la qualité et son impact sur le comportement de l'utilisateur. Les premiers résultats de l'enquête exposés dans cette partie permettent de dégager deux conclusions importantes : 1) les personnes âgées ou leur familles opèrent leur choix sans connaître les différences de qualité entre les prestataires ; 2) les personnes âgées constituent une population hétéroclite dont les comportements sont très divers.

Une demande très hétérogène

L'enquête montre que les personnes âgées clientes d'un même prestataire forment une population très hétérogène. L'âge, le niveau de dépendance et le type d'aide financière ne sont pas les mêmes. Outre ces différences, le bénéfice de l'aide d'un proche est différent selon les profils sociologiques. Par conséquent, les besoins en matière d'aide à domicile sont différents. À l'aide d'une analyse factorielle, nous avons pu identifier trois facteurs de différenciation de la demande des personnes âgées, et isoler quelques profils-types selon les variables sociologiques et sanitaires (sexe, âge, l'existence de l'aide domestique d'un proche, la nature du financement, le niveau de dépendance et le volume de l'aide). Trois grands profils sont distingués :

- Profil d'un homme dépendant vivant en couple et bénéficiant d'une qualité de prise en charge moyenne étant donné le nombre d'heures de services. Ce profil ne bénéficie jamais ou rarement de l'aide domestique d'un proche.
- Profil d'une femme seule et lourdement dépendante. La qualité de sa prise en charge est meilleure et bénéficie souvent d'une aide des proches.
- Profil d'une femme seule et faiblement dépendante. La qualité de sa prise en charge est moyenne et bénéficie rarement d'une aide domestique.

Cette typologie cache une grande diversité de situations et de besoins. En cherchant à montrer cette diversité, nous avons pu identifier cinq sous-profils. Au-delà du caractère hétérogène des situations, cette typologie montre que les attentes et par conséquent, les évaluations subjectives sur la qualité, peuvent être différentes selon les profils sociodémographiques.

Des comportements différents vis-à-vis du prestataire

Le comportement vis-à-vis du prestataire est également différent selon les profils. C'est ce que nous montre l'enquête puisqu'en intégrant l'incertitude sur l'avenir, le comportement de l'utilisateur peut varier de

la fidélité à l'incertitude puis à la défection. L'analyse factorielle montre qu'il existe une interdépendance entre la fidélité de l'utilisateur et de son appréciation à propos de sa situation de dépendance et de la présence de l'aide domestique :

- Les personnes lourdement dépendantes sont pessimistes à propos de l'évolution de leur dépendance et majoritairement fidélisés par le prestataire. Cette catégorie bénéficie souvent d'une aide domestique d'un proche.
- Les personnes faiblement dépendantes, incertaines à propos de l'évolution de leur dépendance et également incertaines à garder leur prestataire. Ces personnes ne bénéficient, en général, d'aucune aide domestique.
- Les personnes moyennement dépendantes sont partagées à propos de l'évolution de leur dépendance. On y trouve autant de pessimistes que d'optimistes. Une partie souhaite garder le même prestataire et l'autre non. L'aide domestique dont bénéficie cette catégorie est généralement rare.

Choix dans l'ignorance des différences de qualité mais un choix de confiance

La nature et les motivations des choix des personnes âgées sont également différentes. D'abord, il faut noter que la grande majorité des personnes âgées ne connaissent pas les différences de qualité offerte sur le marché. En effet, plus de 75% des personnes interrogées ne savent pas si la qualité de leur prestataire est différente de celle des concurrents. *A priori*, leur choix est effectué dans l'ignorance des qualités. En outre, la quasi-totalité des personnes âgées n'ont pas cherché l'information sur la qualité au moment de choisir un prestataire. Pour la majorité de ces personnes, le choix n'est pas effectué dans l'isolement. Elles s'appuient sur une tierce personne qui peut être un parent, un proche ami, le médecin, etc. Il s'agit donc d'un choix de confiance au regard de la confiance accordée à la tierce personne.

Usagers fidèles mais incertains sur la qualité adaptative de leur prestataire

Même si cette confiance est à la base de la fidélité au prestataire, une partie des usagers évoquent néanmoins leur incertitude à propos de la qualité adaptative du prestataire. En effet, un tiers des personnes âgées doute de la capacité du prestataire à adapter le service à l'évolution de leurs situations. Cette incertitude influe sur la stabilité de la relation de service puisque plus de la moitié des usagers incertains sur la qualité adaptative sont également incertain à renouveler leur confiance au prestataire. Cela montre que l'utilisateur est exigeant sur la qualité et peut devenir volatil.

Pour le besoin de cette enquête, nous avons redéfini la qualité de l'organisation en la décomposant en trois dimensions : la qualité professionnelle renvoyant aux qualités contractuelles, la qualité de proximité

synonyme de suivi de proximité de la relation de service et enfin, la qualité adaptative correspondant aux capacités d'adaptation de la qualité, la diversité et la coordination des services. L'enquête montre que la qualité adaptative est la dimension la plus recherchée par les personnes âgées. Cette dimension est une priorité pour plus de la moitié des personnes âgées. Ceci suppose qu'une partie des usagers adopte une approche dynamique dans l'évaluation de leur relation avec le prestataire, ce qui signifie que la décision de rester chez le même prestataire ou de changer de prestataire est déterminée par son appréciation de la qualité adaptative de l'actuel prestataire ou du nouveau prestataire. Cette hypothèse est dans une certaine mesure confirmée par la réaction des usagers face à leur incertitude sur ce type de qualité. En effet, le taux d'incertitude à reconduire le contrat de prestation est le plus élevé chez les usagers sceptiques à propos de cette qualité que chez les usagers qui l'apprécient positivement.

CHAPITRE VI

LE DISPOSITIF DE JUGEMENT COMME MODE D'INFORMATION ET D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ

INTRODUCTION

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que les usagers arrivent à effectuer un choix éclairé. L'enquête a également montré que ces derniers demeurent fidèles à leur prestataire même s'ils sont incertains sur sa qualité d'adaptation. Mais nous ne savons toujours quelles sont les motivations de ce choix ni comment les usagers peuvent-ils agir sur le prestataire afin qu'il adapte la qualité à l'évolution de leurs besoins. C'est ce que nous allons voir dans ce chapitre en analysant le choix des usagers et leur comportement au cours de la relation de service.

Etant donné la multiplicité des formes d'offre, l'information sur la qualité des prestataires est plus que jamais importante dans le choix. Cependant, cette information est rarement disponible. Peut-on parler de choix dans ces conditions ? La défaillance du mécanisme des prix contraint les usagers à chercher l'information par d'autres moyens. Quelles sont les principales sources d'information des personnes âgées ?

Comme nous l'avons précisé dans la partie II, plusieurs intermédiaires interviennent dans la relation de service d'aide à domicile. Ces intermédiaires peuvent être des institutions comme le Conseil Général, la mairie ou des structures de coordination comme le CLIC ou d'autres individus proches de la personne âgée. Ce sont ces tierces-parties qui souvent aident les personnes âgées dans la formulation de leur choix. Quel est exactement le rôle de ces tierces-parties ? Leur rôle se limite-t-il à apporter de l'information utile sur la qualité ? Nous allons voir que leur rôle est beaucoup plus large. Ils n'interviennent pas uniquement dans le choix des personnes âgées mais également dans la qualification des services. Cette intervention prend la forme d'évaluations subjectives des qualités qui se transmettent au sein des relations interpersonnelles. Comment se forment-elles et quel est leur impact sur la concurrence ?

Pour comprendre le fonctionnement du marché de l'aide à domicile dans ce contexte marqué par l'incertitude sur la qualité, nous avons donc fait intervenir les notions de réseaux d'échange au sens de Lucien Karpik (1989), de jugements sur la qualité et la notion de confiance. Nous montrerons le contenu

de ces dispositifs, les processus qui conduisent à leur formation et leur place dans la coordination du marché d'aide à domicile.

Comme le note Karpik (1989), les marchés-réseaux se différencient des marchés-prix par le poids de la confiance et des jugements dans les relations d'échange. Ces dispositifs facilitent l'échange sur ce marché. Le jugement et la confiance sont-ils suffisants pour permettre une certaine pérennité à la relation de service d'aide à domicile ? L'évolution des besoins de la personne âgée peut se traduire par la nécessité à modifier le contrat de la prestation. Autrement dit, la nécessité de modifier le contenu du service et de sa qualité. Certes, la relation de service est construite sur la base de la confiance, mais cette confiance ne se crée pas *ex nihilo*. D'abord, elle est portée par des tiers qui peuvent être des personnes proches de l'utilisateur ou des institutions disposant d'une certaine crédibilité. Ensuite, et ce qui est le plus important à notre avis, est le fait que cette confiance soit conditionnelle. Autrement dit, si les prestataires ne respectent pas leurs engagements (ou ne sont plus dignes de confiance), ils peuvent être sanctionnés par les usagers. Cette sanction agit sur leur réputation. Ceci nous a conduit à retenir l'hypothèse d'une concurrence par les réputations dans ces services. Comment celles-ci se construisent et comment se diffusent-elles dans les milieux de la demande ?

1. LES RÉSEAUX SOCIAUX : UN AUTRE MOYEN DE S'INFORMER SUR LES QUALITÉS

La notion de réseau social nous semble intéressante pour comprendre le choix des personnes âgées. Wasserman et Faust (1994) définissent le réseau social comme un ensemble d'acteurs (individus ou organisations) liés par une relation sociale directe ou indirecte (réseau familial, amical, etc.). Ce réseau est construit sur des bases non économiques mais qui peut être mobilisé pour des objectifs économiques comme le souligne Granovetter (1974). Le demandeur d'emploi par exemple peut mobiliser un réseau familial (relation non économique) pour trouver un emploi (objectif économique). Lucien Karpik (1989) en analysant le marché des avocats en France, a mis en évidence le rôle des relations sociales dans la construction de la réputation et à travers elle, la formation des prix. L'information circule d'un client à un autre en empruntant le chemin des relations interpersonnelles. Par effet mécanique, le cabinet d'avocat arrive à canaliser une clientèle spécifique correspondant au domaine de sa spécialisation. C'est dans ce sens que Karpik qualifie ces relations interpersonnelles de réseau d'échange.

Dans le cadre de cette thèse, nous définissons le réseau d'échange comme l'ensemble des relations construites autour de la réputation du prestataire. Autrement dit, les relations par lesquelles la réputation du prestataire est diffusée et promue. Nous distinguons deux types de relations :

- Les relations construites par le prestataire dans le cadre des partenariats avec les différents acteurs de l'aide à domicile. Ces acteurs peuvent être d'autres prestataires partenaires, le personnel du secteur médical (hôpitaux, médecins, pharmaciens, etc.), le personnel du secteur social (services sociaux de la mairie, les mutuelles, les équipes médico-sociales du Conseil Général, le secteur associatif, etc.) et enfin, les intermédiaires comme les CLIC ou les plateformes de services. On peut qualifier ces connexions entre les offreurs et les autres acteurs de l'aide à domicile de « réseaux de producteurs » à la suite de Karpik (*id.*).
- Les relations construites dans le cadre privé par les usagers, les salariés de l'aide à domicile ou toute autre personne qui serait susceptible d'informer les usagers sur l'offre locale. Ce système de relations interpersonnelles est qualifié de réseau d'échange par Karpik.

Depuis la mise en place du plan Borloo, une autre forme de réseaux se développe dans l'aide à domicile. Il s'agit d'enseignes de qualité qui regroupent à la fois les prestataires, les financeurs et les intermédiaires sur ce marché. Le secteur financier, notamment les banques et les assurances sont fortement présentes dans ces réseaux. Actuellement, on compte dix-sept enseignes au niveau national (cf. annexes). Leur activité reste encore faible mais elle commence à se développer progressivement.

1.1. La composition du réseau social dans l'aide à domicile

Dans l'aide à domicile, nous constatons que la décision en ce qui concerne le choix de l'utilisateur est souvent prise en concertation avec l'entourage (famille, voisins, amis, médecin, etc.). C'est ce que l'on appelle par « demande interférée » (Espinasse, 1993) ou « demande relayée » (Butté-Gérardin, 1999). Notre enquête a montré que le choix des personnes âgées est directement influencé par des personnes-ressources¹³⁹ évoluant au sein du réseau social. Quelles sont ces personnes ressources à qui les personnes âgées font confiance ?

Tableau 26. Les acteurs des réseaux sociaux de l'aide à domicile

	<i>Effectifs</i>	<i>Fréquence</i>
Bouche à oreille	132	25,9%
Famille/ proches	128	25,1%
Médecin	57	11,2%
Mairie	50	9,8%
Caisse retraite	25	4,9%
Clients d'Adar	20	3,9%
Publicité	10	2,0%
Autre (dont CCAS et EMS)	88	17,3%
Total	510	100%

Le « bouche à oreille » et le réseau immédiat (famille et amis) constituent la principale source d'information des personnes âgées. Environ 26% des personnes âgées affirment qu'ils ont contacté le prestataire ADAR par le « bouche à oreille ». On désigne par ce terme l'information qui est fournie par des amis, des voisins ou l'épicier ou le boulanger de proximité, etc. Le cercle familial est la deuxième source d'information des personnes âgées. 25% des personnes âgées ont été conseillées par leurs familles quant au choix d'un prestataire. Les autres principales personnes ressources sont les médecins traitants des personnes âgées (11,2%), la mairie (9,8%) et d'autres institutions (17,3%) tel que le CCAS, les équipes médicosociales (EMS) et les mutuelles de santé et de prévoyance. Nous pouvons redéfinir ce réseau de tiers en deux types de personnes-ressources:

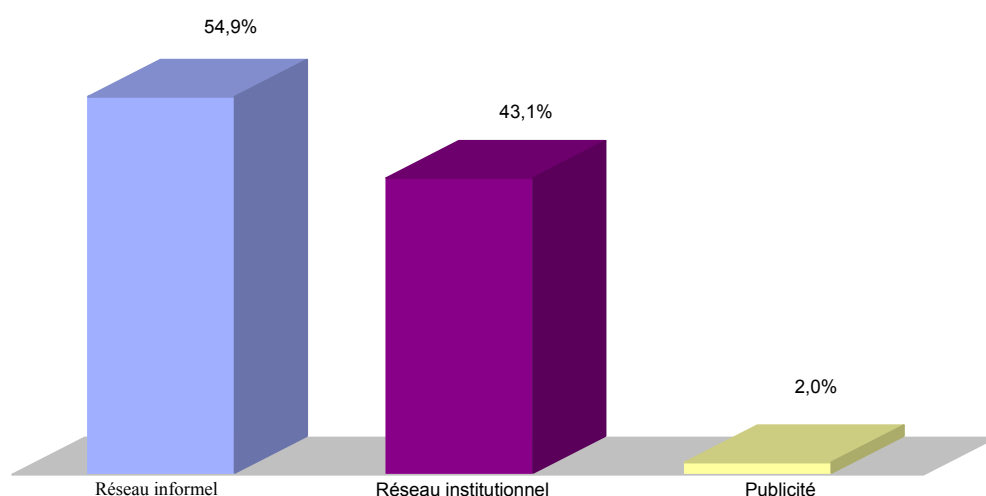
- ***Le réseau d'échange informel*** constitué des relations interpersonnelles dans la sphère privée. Ce réseau est composé des membres de la famille de la personne âgée, de ses amis, de ses voisins, des autres usagers que la personne âgée est en relation, etc. ;

¹³⁹ Il s'agit de personnes intermédiaires entre l'utilisateur et le prestataire. En ce sens, elles sont des tierces-parties dans la relation d'échange sans qu'elles soient directement parties prenantes de cette relation. Elles constituent une source d'informations pour les personnes âgées sur la qualité et les prix des prestataires.

- **Le réseau d'échange institutionnel** constitué de relations entre la personne âgée avec un certain nombre d'acteurs institutionnels : la Mairie et de ses services sociaux (CCAS, assistance sociale), l'équipe médicosociale (EMS), les caisses de retraites et mutuelles, les médecins et les hôpitaux, etc.

L'enquête montre que le réseau social informel est légèrement plus puissant que le réseau institutionnel. Le premier constitue une source d'informations pour 55% des personnes âgées et le second pour 43% (figure 24). La publicité qui est l'un des outils traditionnels de signalement de la qualité ne représente que 2%.

Figure 24. Les réseaux d'échange dans l'aide à domicile



Le fait important à relever est le poids que constitue le réseau institutionnel. Un peu moins de la moitié des personnes âgées ont été directement influencées dans leur choix par les différents acteurs institutionnels. En règle générale, ces derniers orientent les personnes âgées vers les prestataires avec qui ils sont liés par une convention ou simplement référencés comme partenaires, ce qui est le cas des médecins ou des CCAS. En ce sens, ces institutions organisent la coordination entre l'offre et la demande sur des bases, *a priori*, objectives. La crédibilité dont jouissent ces institutions fait d'elles une solution au problème de l'incertitude que subissent les usagers¹⁴⁰. En ce sens, ces institutions produisent de la

¹⁴⁰ Notons que certaines personnes âgées pensent que l'information donnée par ces institutions vaut une recommandation voir une contrainte. C'est ce qu'affirment plusieurs personnes interrogées notamment celles qui ont été orientées par leur caisse de retraite ou par les CCAS. Les CCAS partenaires d'ADAR transfèrent la prise en charge de leurs clients lourdement dépendants vers cette association. La responsable de secteur d'ADAR nous a confirmé ce transfert de demande pour causes de manque de qualification dont souffrent certains CCAS pour

confiance permettant de réduire la crainte des usagers à propos du comportement des prestataires. Selon nous, cette confiance ne repose pas sur un support objectif ou sur une garantie institutionnelle mais plutôt sur des relations informelles entre ces institutions et les prestataires. Les médecins orientent leurs patients vers les prestataires avec qui ils ont l'habitude de travailler de longue date. C'est le cas également des EMS qui sollicitent en général les prestataires avec qui elles ont des relations historiques afin de prendre en charge les personnes âgées qui s'adressent à elles (Campéon ; Le Bihan, 2006). De même, les mairies, les caisses de retraite ou les mutuelles orientent les personnes âgées vers leurs partenaires sélectionnés en fonction des intérêts stratégiques (politiques ou économiques). Ainsi, la confiance institutionnelle peut ne pas être neutre. Même si c'était le cas (le désintéressement des médecins par exemple), l'information donnée aux personnes âgées ne peut pas être objective tant que les prestataires ne fassent pas l'objet d'une classification par une organisation neutre qui fait autorité dans le métier.

1.2. L'apport et limites du réseau social

Dans le chapitre V, nous avons montré le processus qui conduit théoriquement à la disparition du marché en présence d'incertitudes sur la qualité. En ce qui concerne le marché de l'aide à domicile, les réseaux sociaux notamment les réseaux institutionnels interviennent pour guider les décisions des personnes âgées. Ces réseaux sont des filtres conduisant à sélectionner une partie de prestataires et à en écarter une autre. Dans une certaine mesure, ces réseaux, notamment les réseaux institutionnels, peuvent enfreindre la liberté du choix des usagers. En effet, l'information est instrumentalisée dans le but de diriger la demande vers un prestataire appartenant au réseau d'échange. Comme l'ont constaté Nathalie Schieb-Bienfait et Caroline Urbain (2004), la diffusion de l'information par les intermédiaires canalise l'activité en influençant le processus de choix des usagers. Une caisse de retraite ou une mutuelle par exemple, oriente la personne âgée vers des prestataires partenaires (prestataires agréés). Dans le cadre de la diffusion du CESU, la banque ou la Poste peuvent aussi diriger la demande vers leurs partenaires. Ceci est contraire au principe du fonctionnement des réseaux d'échange puisque la crédibilité des tiers est fondée par leur désintéressement. Or, une partie de ces réseaux se caractérise par le croisement d'intérêts entre les institutions et les prestataires. Bien évidemment il existe des dispositifs mobilisables par les acteurs du réseau d'échange pour clarifier le rôle et les missions de chacun. On peut citer des principes comme l'éthique ou la déontologie qui engagent ces institutions intermédiaires (médecin ou caisse de retraites) à la neutralité de l'information donnée. Toutefois, ces principes doivent s'imposer fortement dans les relations entretenues avec les personnes âgées pour dissiper le doute sur l'impartialité de ces acteurs.

prendre en charge la dépendance lourde. Ces personnes âgées se trouvent aidées par ADAR non pas par choix mais par la volonté de leur ancien prestataire.

Dans certaines situations l'intérêt commun entre le prestataire et l'intermédiaire est tellement évident qu'il est insignifiant de parler de neutralité de l'information. C'est le cas des intermédiaires à statut commercial. Les banques ou les compagnies d'assurance par exemple orientent les personnes âgées vers des prestataires apparentant à leurs réseaux commerciaux. Cela ne veut pas dire que les prestataires proposés sont de faible qualité. Mais l'action de ces intermédiaires vise à instrumentaliser le choix de la personne âgée et surtout la visée de cette instrumentalisation est d'ordre commercial. Cela peut être le cas aussi des municipalités. Une personne âgée qui s'adresse à une mairie pour trouver un prestataire peut être systématiquement orienté vers le CCAS qui est sous sa tutelle. L'intérêt pour la mairie peut être d'ordre politique, électoral par exemple. L'intermédiation dans le cadre des réseaux d'échange est donc susceptible de faire resurgir des tensions. La confrontation entre plusieurs registres au sens de Boltanski et Thévenot (1991) est probable dès lors que l'action de la tierce-partie est mue par un intérêt individuel. Contrairement au réseau de relations informelles où le *désintéressement* des acteurs est l'une de ses principales propriétés, une partie du réseau institutionnel se caractérise par la fragilité de cette propriété. Les prestataires sont donc capables d'agir sur les réseaux d'échange en manipulant l'information qui y circule. L'information pertinente fournie aux personnes âgées dans le cadre des réseaux institutionnels peut s'avérer alors une information stratégique dans le sens où elle est instrumentalisée.

1.3. Le poids des pratiques informelles dans l'orientation de la demande

Le recours aux services d'aide à domicile commence par la constitution du dossier de demande de l'APA ou de l'allocation d'autonomie accordée par la caisse de retraite. La deuxième étape consiste à évaluer les besoins de la personne âgée. Cette étape est cruciale dans le choix d'un prestataire. Comme le fait remarquer Campeon et Le Bihan (2006), il existe trois procédés différents selon les Départements :

- Le plan est proposé par l'Equipe médico-social du Département (EMS) sans négociation avec la personne âgée ou sa famille. Dans plusieurs cas, cette négociation ne peut pas se faire pour des raisons de santé ou d'isolement de la personne bénéficiaire.
- Le plan est construit en concertation avec la personne âgée ou sa famille. La négociation peut déboucher sur un accord ou un désaccord sur l'évaluation des besoins.
- Le plan est construit en présence de l'aidant professionnel de la personne âgée. Deux configurations sont possibles : soit la personne âgée est déjà aidée par un intervenant (prestataire ou salarié du bénéficiaire). Dans ce cas, le plan sera défini en fonction des habitudes déjà installées (horaires, fréquence, jours, etc.). Soit l'aide n'existe pas avant mais l'EMS prend contact avec un prestataire afin de définir le plan d'aide en fonction de ses disponibilités. Dans les deux cas de figure, l'avis du prestataire ou de l'intervenant est pris en compte.

Les auteurs de l'étude montrent que les pratiques de travail des équipes médico-sociales est un facteur important dans l'orientation du choix de la personne âgée. Le passage de l'étape de définition des besoins vers l'étape de la mise en place de l'aide, donc du choix d'un prestataire, est différent selon les Départements et parfois même au sein des Départements. Plusieurs facteurs sont à l'origine de ces variations. Dans certains Départements, la transmission du plan d'aide de l'EMS vers les prestataires est formalisée par des règles. L'existence d'une plateforme locale de services d'aide à domicile facilite ce travail. L'EMS communique le plan d'aide à la plateforme, laquelle s'occupe de mettre en relation les prestataires membres avec la personne âgée concernée (Campéon et Le Bihan, op.cit.). C'était le cas dans le département du Nord quand la plate forme de services lilloise était en activité¹⁴¹. C'est le cas aussi dans le Département de l'Isère où il existe une plateforme de services gérée par une communauté d'agglomération.

En l'absence de ces organisations structurantes, les pratiques de transmissions du plan d'aide deviennent de moins en moins formalisées. Dans certains cas, les EMS demandent à la personne âgée ou à sa famille de prendre contact avec un prestataire. Celui-ci fera la démarche auprès des EMS pour se faire transmettre le plan d'aide. Dans ce cas, le choix d'un prestataire enclenche la mise en place de l'aide. Parfois, la situation d'urgence contraint la personne âgée ou sa famille à choisir un prestataire sans chercher véritablement les différences de qualité. C'est ce qu'a montré notre enquête.

Une autre pratique informelle dans la transmission des plans d'aide consiste à mettre la personne âgée devant le fait accompli. En effet, dans certains Départements, les EMS envoient directement le plan d'aide aux prestataires qui eux contactent la personne âgée. Dans ce cas, le choix est effectué par l'EMS et non plus par la personne âgée. Cette pratique courante est fondée sur les relations professionnelles construites depuis très longtemps entre les assistantes sociales et les prestataires locaux, notamment les CCAS et les associations jouissant d'une réputation pour leur ancienneté ou pour leur expérience dans l'aide à domicile. Ces pratiques informelles sont très variables selon les relations entretenues entre les EMS et les prestataires. Si dans certains Départements, les assistantes sociales transmettent le plan d'aide à l'ensemble des prestataires locaux et c'est à eux de faire la démarche de contacter la personne âgées, dans d'autres Département l'assistante sociale peut privilégier un prestataire ou un type de prestataires. Cela implique que ces relations professionnelles très peu institutionnalisées peuvent être sources de distorsions à la concurrence. Les habitudes de travail, les relations privées mais aussi la proximité des valeurs entre les EMS et les prestataires sont des facteurs qui conduisent à retenir un prestataire comme partenaire privilégié.

¹⁴¹ Cette plateforme a cessé son activité en 2003 pour des raisons financières. Elle avait été créée dans le cadre d'un partenariat entre la ville de Lille, le Conseil général et certains acteurs locaux.

2. UNE MULTIPLICITÉ DE RÉSEAUX ET UNE MULTIPLICITÉ DE QUALITÉS

Les résultats précédents ont montré que la majeure partie des personnes âgées fait l'objet d'une insertion dans un réseau d'échange (réseau institutionnel ou réseau informel). Par ses différents comportements stratégiques, le prestataire peut renforcer son réseau en multipliant ces relations notamment avec les institutions locales. Ces réseaux ne sont pas imperméables. Ils sont en mouvement et en constante modification dans la mesure où les personnes âgées intégrées ou susceptibles de l'être peuvent entretenir des relations dans plusieurs réseaux construits autour de la réputation d'autres prestataires. L'action des prestataires peut aboutir à une certaine mobilité inter-réseaux des personnes âgées. En effet, certaines personnes âgées peuvent être amenées à quitter un prestataire pour un autre.

En supposant que les réseaux sont fortement intégrés, le marché d'aide à domicile peut ressembler alors à un marché de réseaux. La concurrence ne se ferait plus directement entre les prestataires dans le cadre d'un marché libre, mais elle s'organise entre les réseaux d'échange dont les mécanismes de fonctionnement sont la confiance, les jugements et les réputations. Cela ressemble à la distinction qu'opère Karpik entre le marché-prix et le marché-réseau (Karpik, 1996). L'intérêt de cette notion de marché-réseau est de comprendre comment les prestataires construisent leurs réseaux et de situer la place de la qualité dans ce marché. Comme le marché de l'aide à domicile est composé d'une multitude d'offres, avec des logiques et des identités différentes, les réseaux dans ce marché et leur fonctionnement seraient sans doute de formes multiples. A travers les études de cas que nous avons menées, nous retenons cinq formes de réseaux d'échange.

2.1. Réseaux construits par des régulations localisées : partenariats avec les institutions locales (exemple ADAR)

ADAR a pu construire un réseau d'échange à la fois constitué des institutions locales et des relations directes avec la population. Son rayonnement social et économique au niveau local est tel qu'aujourd'hui ce prestataire est considéré comme un acteur important dans la prise en charge de la dépendance. Les nombreux partenariats qu'il a noués avec les différentes institutions locales lui permettent d'être actif dans plusieurs domaines : l'action sociale, l'emploi, la formation professionnelle, etc.

On peut citer l'exemple de ses partenariats avec les mairies. Leur objet est d'assurer une prise en charge globale et coordonnée avec les CCAS sous tutelle de ces mairies. Quand la capacité de ces derniers ne permet plus de prendre en charge le surcroît de la demande, les personnes âgées sont orientées vers ADAR. Également par manque de qualifications nécessaires, les CCAS orientent systématiquement leurs usagers vers ADAR quand ces derniers nécessitent une prise en charge de qualité. Les municipalités ont fait donc de cette association un acteur et un partenaire important au niveau local. D'ailleurs, deux Mairies ont concédé à ADAR l'autorisation d'absorber l'activité de trois associations locales en difficultés économiques. Une autre Mairie a sollicité ADAR pour reprendre l'activité d'un centre social et la gestion d'un centre d'hébergement innovant (béguinage)¹⁴².

Un autre exemple illustratif de l'intensité de ces partenariats institutionnalisés consiste en l'implication de l'association ADAR dans la professionnalisation du métier. En partenariat avec les organismes de formation et l'ANPE, ce prestataire participe régulièrement aux jurys de fin d'études pour l'obtention du DEAVS. D'ailleurs, une grande partie de ses employés qualifiés sont recrutés dans le cadre de ce partenariat. Aussi ADAR est un partenaire actif des professionnels de santé notamment avec les instances gériatriques. L'association est présente dans plusieurs instances de prévention socio-sanitaires et participe aux actions entreprises par celles-ci notamment dans le cadre des campagnes de sensibilisation médicales. Les Responsables de secteurs participent également aux comités de pilotage des CLIC¹⁴³ présents sur leurs secteurs.

Ces relations partenariales jouent un double rôle : 1) elles renforcent la réputation du prestataire et donc influent positivement sur la confiance des personnes âgées; 2) avec la multiplication de ces relations, ADAR multiplie ses sources de demande, notamment auprès des acteurs sanitaires et sociaux (médecins, CLIC, Mairie, etc.).

2.2. Réseaux issus des connexions stratégiques: partenariats privés entre les prestataires

Cette forme de réseaux présente plusieurs variantes :

- *Réseaux intégrés par la fusion* : c'est le cas de deux associations du Nord (ASN et ADAR Lille) qui ont fusionné pour former une entité nouvelle. Les deux associations fournissaient des services

¹⁴² Il s'agit d'une nouvelle formule d'hébergement des personnes âgées différente de celle des maisons de retraite classique. C'est une structure à taille humaine où les personnes âgées vivent en communauté proche de leur ville. Ainsi, elles peuvent garder le lien social et familial avec leurs proches.

¹⁴³ Centres locaux d'information et de coordination gériatrique.

complémentaires. Une qui est spécialisée dans les services classiques de maintien à domicile et l'autre dans les services périphériques aux personnes âgées mais aussi aux personnes non dépendantes. L'objectif est donc de diversifier les activités afin de toucher une demande plus large. Par cette fusion, la nouvelle entité bénéficie d'un réseau d'échange plus large dans la mesure où ce réseau est aussi une fusion entre les deux réseaux des deux associations. L'autre objectif de cette fusion est le partage des frais de structure. La mutualisation des moyens, la rationalisation dans la localisation de l'activité et l'efficacité économique sont des mots d'ordre de la nouvelle association issue de la fusion. Ce mouvement à la fois vers l'enrichissement de l'offre par la variété et vers le regroupement des activités concerne plusieurs associations et plusieurs territoires.

- *Réseaux intégrés sous formes de partenariats* : il s'agit d'ententes entre plusieurs prestataires afin d'assurer une meilleure prise en charge des besoins au niveau local. L'entente peut prendre une forme de partage géographique du marché. C'est le cas de deux associations d'aide familiale dans l'arrondissement de Roubaix et de quatre associations dans l'arrondissement de Valenciennes. Ce partenariat stratégique est formalisé sous forme d'un accord multipartite¹⁴⁴. Dans les deux cas, une tierce-partie est garante de cet accord. La demande est orientée vers le prestataire adéquat selon le lieu de résidence de la personne âgée et ses besoins. L'entente peut aussi prendre une forme de spécialisation sectorielle. Autrement dit, les prestataires concentrent leurs interventions sur une partie de besoins locaux ou sur une partie de la population. C'est le cas d'un partenariat entre trois associations dans le canton d'Artois. Ce partenariat est structuré par un CLIC. L'objectif est de renforcer la coordination entre ces trois associations dont chacun fournit des services différents : Aide ménagère, Aide et soins à domicile et accompagnement par le transport. Les personnes âgées sont orientées vers un prestataire selon la nature de ces besoins.
- *Réseaux intégrés dans le cadre d'une plateforme* : plusieurs plateformes ont été créées par la puissance publique ou à l'initiative privée mais avec l'appui financier des collectivités locales. On peut citer l'exemple de la plateforme de services à la personne dans le Département de l'Isère. Il s'agit d'une structure publique composée de plusieurs prestataires de services à la personne. Parmi ces prestataires on trouve trois associations d'aide à domicile, un établissement public de maintien à domicile et un CLIC. Les activités de ces prestataires de services d'aide à domicile sont définies par la plateforme. C'est elle qui centralise les demandes et les oriente en fonction du domaine d'intervention de chaque prestataire. Ainsi, le réseau de chacun des prestataires est une partie du réseau global structuré par la plateforme.

¹⁴⁴ Les deux associations de Roubaix sont tenues par une convention tripartite association la CAF. Pour les associations de Valenciennes, l'accord est implicite. L'objectif est d'optimiser l'offre entre les quatre associations. Le projet a été mené par une structure à la tête d'un réseau de 90 associations.

Ces formes d'intégration de l'offre sont impulsées par l'intensification de la concurrence ou par la régulation locale. Les associations tendent à se regrouper ou à se rapprocher afin de mutualiser les frais de structure, notamment les frais de gestion, d'information et de communication. Avec cette dynamique de rapprochement, les réseaux d'échange se réorganisent et tendent à s'intégrer.

2.3. Réseaux construits sur les valeurs de l'insertion: partenariats avec les acteurs d'insertion sociale (l'exemple de CEDRE et de MSD)

CEDRE est une association lilloise dont l'activité consiste à fournir des services d'aide à domicile et créer des emplois d'insertion. Sa stratégie consiste à se spécialiser dans les services destinés aux personnes âgées faiblement dépendantes ou autonomes. Aussi, son segment de marché est constitué de personnes à haut revenus. Cette catégorie de personnes est connue pour le faible volume horaire de service demandé. Pour équilibrer ses finances, l'association emploie des personnes en insertion dont le coût de travail est très faible. Les personnes en insertion sont affectées aux tâches à technicité simple comme le ménage, bricolage, entretien, etc. Lorsque l'aide s'applique à des cas sanitaires ou sociaux complexes, c'est le travailleur qualifié qui est à l'œuvre. Ce mode d'organisation interne du travail fait apparaître une division des tâches et une spécialisation selon les compétences et l'objet d'intervention assez poussé au sein de cette association. Cette façon d'affecter les compétences permet à l'association de sauvegarder sa compétitivité prix-qualité.

L'association MSD (Rhône-Alpes) est en revanche une association intermédiaire fonctionnant uniquement en mode mandataire. Son activité consiste à mettre à disposition des personnes âgées des employés d'aide à domicile. Ces employés sont généralement des personnes en insertion mais encadrées et accompagnées par des employés qualifiés dans le métier. Les personnes mises à disposition des personnes âgées sont salariées de ces derniers. Par ailleurs, MSD se présente comme intermédiaire entre la personne âgée et le salarié. En cas de vacation du salarié, l'association lui assure rapidement un remplaçant. Aussi, en cas de problèmes d'ordre professionnel, la personne âgée peut toujours recourir à l'association pour trouver une solution.

Le point commun entre CEDRE et MSD est leur appartenance à des réseaux d'acteurs de l'insertion économique. Ces réseaux sont structurés par des partenariats entre les organisations d'aide à domicile et les acteurs institutionnels comme les PLIE, les mairies, les Missions Locales, la DDTEFP, la fédération des employés familiaux, etc. Ces acteurs promeuvent les organisations d'aide à domicile auprès des financeurs et auprès des pourvoyeurs de la demande (médecins, gérontologues, mairies, CLIC, etc.). Les arguments de sensibilisation sont centrés sur la problématique d'insertion, le prix intéressant et la garantie de l'accompagnement des personnes en insertion assuré à la fois par des employés qualifiés et par des

formations adaptées. La réputation de ces associations est donc fondée sur la compétitivité-prix et sur la garantie de la qualité.

2.4. Réseaux du service public de proximité (les CCAS)

Le CCAS de Villeneuve d'Ascq (Canton sud de Lille) est un exemple d'une prise en charge globale et qualitative de la dépendance. Le Centre est à la fois un service d'aide à domicile aux personnes âgées, un service de soins à domicile et un centre d'hébergement social puisqu'il gère deux résidences spécialisées dans l'accueil des personnes âgées lourdement dépendantes. D'autres services périphériques sont également offerts tels que le portage de repas à domicile, l'accompagnement en dehors du domicile, l'animation socioculturelle aux personnes âgées, etc. Grâce à la politique municipale très active dans le domaine de l'action sociale, le CCAS a pu enrichir ses services par la qualité et par la diversité. La logique de fonctionnement du Centre est fondée sur la notion du droit et de mission de service public de proximité. Les valeurs comme l'égalité d'accès aux services et l'universalité du droit sont les ingrédients de cette logique. Ces valeurs *civiques* sont mises en avant au sein du réseau institutionnel du CCAS comme garantie de la qualité et du respect de la personne âgée. De fait, l'ensemble des instances publiques ou associatives en contact avec les personnes âgées sont sensibilisées à travers ces valeurs.

Le CCAS et le service social de la Mairie, en tant qu'acteurs instruisant les dossiers de demande d'aide financière des personnes âgées, peuvent agir directement sur leur choix. À travers cette activité d'orientation et d'information, le CCAS peut capter la demande locale par le simple fait de proposer ses services et de les faire connaître directement aux demandeurs. Aussi, le CCAS héberge un CLIC. La mission de coordination gérontologique qui se greffe à la mission de fournisseur de service public de proximité renforce ses réseaux et sa réputation au niveau local. Cette intervention sur les réseaux locaux peut s'effectuer dans le cadre de ses missions de CLIC ou à travers ses relations étroites qu'il a nouées avec les associations des personnes âgées (Amicales de retraités, clubs de séniors, maisons de quartiers, etc.).

2.5. Réseaux fondés sur la logique commerciale (exemple des entreprises privées)

Une grande partie des prestataires de statut commercial interviennent dans l'aide à domicile dans le cadre des contrats de franchise. Ce sont généralement des réseaux de franchise nationaux qui souvent se déclinent en réseaux locaux (départementaux). Ces entreprises établissent des relations commerciales avec le secteur de la finance et de l'assurance mais aussi avec les acteurs de la grande distribution. Ces partenariats commerciaux ont pour objectif d'offrir aux structures franchisées des opportunités pour leur

développement économique. Elles se matérialisent par la recommandation de ces entreprises aux personnes âgées clients des banques, des assurances ou des mutuelles partenaires de ces réseaux. Cette recommandation peut prendre une forme simple de relais de la communication de ces entreprises auprès des personnes âgées comme elle peut prendre une forme plus structurée qui consiste à effectuer les étapes préalables à la prestation : constitution du dossier de la demande, mise en relation avec le prestataire et éventuellement fournir les informations nécessaires pour les aides financières.

Ces réseaux de prestataires commerciaux s'enchevêtrent avec les réseaux de leurs partenaires. Leur développement dépend du développement économique de ces derniers mais aussi de la capacité de ces réseaux à véhiculer une bonne réputation de ces prestataires. Cette réputation est fondée sur des valeurs appartenant au registre marchand voire industriel. La certification Qualicert, mise en place par le syndicat des entreprises des services à la personne en partenariat avec le certificateur SGC, fait référence aux valeurs telles que la réactivité, l'efficacité, la rationalisation des interventions, les savoirs techniques, etc. L'objectif poursuivi par ce label est de permettre aux prestataires franchisés de se différencier qualitativement vis-à-vis des concurrents à travers ces valeurs. Au niveau des réseaux locaux des entreprises franchisées, l'objectif de la certification est « d'homogénéiser les pratiques garantissant ainsi aux consommateurs des prestations identiques quel que soit le site » (Société Générale de Surveillance, SGS).

Il faut noter que le rapprochement entre le monde de la finance et de l'assurance d'une part et les prestataires de services à la personne d'autre part, ne concerne pas uniquement l'offre marchande. Sous l'impulsion du plan de développement des services à la personne, l'offre non marchande a adopté elle aussi cette démarche consistant à construire des réseaux avec les banques, les assureurs et les mutuelles¹⁴⁵. Elle se concrétise par la création de nombreuses enseignes de qualité au niveau national.

¹⁴⁵ Cette opération vise principalement à promouvoir le CESU. Les tiers payeurs que sont les banques, les assurances, les mutuelles ou la Poste vont pouvoir offrir directement à leur client ce CESU. Par cette mission, ces partenaires s'imposent de fait comme intermédiaires privilégiés entre les prestataires et les personnes âgées.

3. LE RÔLE DES RÉSEAUX D'ÉCHANGE DANS LA CONSTRUCTION DE LA QUALITÉ

L'examen du fonctionnement des réseaux sociaux dans l'aide à domicile montre que leur rôle ne se limite pas à l'orientation des choix des personnes âgées. Ils jouent aussi un rôle important dans la construction de l'information sur les qualités. Ils contribuent ainsi à la construction même de la qualité. Nous rejoignons ici Orléan quand il affirme que la qualité peut faire l'objet de manipulations stratégiques (1991, *op. cit.*). Les interactions horizontales entre les acteurs peuvent conduire à redéfinir le niveau de la qualité moyenne offerte sur le marché. Les tensions entre les utilités constituent le moteur de cette dynamique. Cette supposition sur la manipulation de la qualité peut être appliquée, dans une certaine mesure, à l'aide à domicile. Mais il s'agit d'une « manipulation » d'un autre genre. Pour la comprendre, il convient d'analyser la problématique de l'évaluation de la qualité des prestataires.

3.1. L'insuffisance des outils d'évaluation objective de la qualité

L'agrément départemental¹⁴⁶ fixe les procédures de qualité qui s'imposent aux prestataires. Ce cadre réglementaire peut constituer une base d'évaluation objective des qualités. Cependant, son utilité se limite aujourd'hui au contrôle de qualité que les instances de régulation devraient mener périodiquement. Du point de vue du régulateur, évaluer objectivement la qualité des prestataires est donc possible. Cependant, celle-ci est insuffisamment accessible aux usagers. En effet, l'évaluation objective effectuée par les équipes médico-sociales du Département débouche vers l'obtention, la reconduction ou le retrait de l'agrément qualité. Or, ce dont ont besoin les usagers pour effectuer leur choix est une évaluation qui permet de mettre en lumière les différences de qualité entre les prestataires. En outre, le résultat de cette évaluation doit être rendu public. Ce qui est loin d'être le cas, puisque même le contrôle du respect des engagements institués par cet agrément est insuffisant.

Au sein de l'offre agréée existent de sensibles différences de qualité que la régulation par l'agrément ne montre pas. Ensuite, il y a lieu de noter un autre aspect de l'agrément départemental. Il s'agit de la difficulté des usagers à saisir la différence entre l'agrément qualité et l'agrément simple. L'agrément

¹⁴⁶ Il s'agit des deux agréments : l'agrément qualité et l'agrément simple. Aussi, le régime d'autorisation instaure un ensemble de règles de qualités dans la prestation des services d'aide à domicile (Cf. la partie II).

même est très peu connu chez les personnes âgées. Dans ces conditions, il est donc difficile d'assigner à l'agrément le rôle de signal de qualité¹⁴⁷.

Les autres outils d'évaluation objective de la qualité est la certification « NF services à la personne » créée en 2001 et le certificat Qualicert du syndicat national des entreprises de services à la personne reconnu en 1999. Ces deux labels définissent un référentiel de qualité composé de caractéristiques objectives, mesurables et contrôlables. Toutefois, ils sont très récents pour qu'ils puissent jouer aujourd'hui un rôle important de coordination sur le marché. En effet, il y a très peu de prestataires certifiés actuellement, soit environ 2% selon nos estimations¹⁴⁸.

L'évaluation objective des qualités dans l'aide à domicile est donc insuffisante. Pour combler ce vide, les usagers procèdent à des évaluations subjectives de la qualité. Généralement, elles sont fondées sur leurs satisfactions immédiates et sur des représentations. Elle s'attache beaucoup plus à la notoriété du prestataire et à sa réputation qu'à la qualité effective de ses services. Ce mode d'évaluation a un inconvénient majeur qui est ses fondements mêmes. En effet, pour que l'évaluation subjective remplisse son rôle qui est de permettre un choix rationnel, l'évaluateur (l'utilisateur) doit disposer d'une bonne connaissance sur les caractéristiques des fournisseurs de services. La meilleure méthode pour réunir ces connaissances est l'expérience. Ainsi, un usager qui a expérimenté plusieurs prestataires peut être capable d'apprécier leurs qualités respectives. Cette méthode bien évidemment est statique, car l'évaluation est produite à un instant donné. Elle ne prend pas en compte d'éventuelles améliorations ou dégradations de la qualité d'un prestataire évalué *ex ante*. A moins que l'utilisateur procède à plusieurs expérimentations de chaque prestataire.

Une autre limite de l'évaluation subjective est le caractère dynamique des attentes des personnes âgées. L'évolution de la dépendance faisant émerger de nouveaux besoins n'est pas compatible avec une évaluation statique de la qualité. Pour que l'évaluation soit efficace, il est nécessaire que l'utilisateur expérimente plusieurs prestataires à chaque stade de dépendance. Ceci lui permettra de réactualiser ses connaissances et éventuellement de reclasser les prestataires selon leurs qualités. Or, le coût en dépense mais aussi en temps d'une telle méthode serait exorbitant.

3.2. Les mouvements de « search » dans l'aide à domicile

¹⁴⁷ Cet agrément peut devenir un signal de qualité à condition qu'il permette, dans l'idéal, de distinguer plusieurs niveaux de qualité avec des frontières précises. Aussi, pour un fonctionnement transparent, sa gestion doit être assurée par un organisme autonome, ce qui n'est pas le cas puisque c'est le Conseil général (financeur) qui en assure la gestion.

¹⁴⁸ Estimations fondées sur les données de l'association AFNOR, le Syndicat des entreprises de services à la personne et l'étude Xerfii (2007).

L'expérimentation de plusieurs prestataires peut faire d'un usager de ces services un « usager expert » dans la mesure où il peut procéder à une évaluation comparée des qualités expérimentées. Bien évidemment cette notion d'expert est à relativiser. L'intérêt ici est de montrer le rôle de ce type d'usagers exigeants, volatils et informés dans le fonctionnement des réseaux d'échange.

3.2.1. Très faible expérimentation des services d'aide à domicile par les personnes âgées

La majorité des personnes âgées affirme ne pas avoir changé de prestataire. ADAR est ainsi le premier prestataire pour 79% des personnes interrogées. Seulement 21% ont donc expérimenté la qualité des autres prestataires avant ADAR. Le taux d'expérimentation est faible quelle que soit l'ancienneté des personnes âgées en tant qu'usagers de ces services. Certes la part des usagers qui ont changé de prestataire augmente avec l'ancienneté, mais cette part reste relativement faible. En effet, chez les personnes usagers de ces services depuis plus de 10 ans, seulement 27% ont changé de prestataire, soit une proportion supérieure de 7 points relativement aux personnes aidées depuis 4 ans par cette association.

Cette faible proportion montre qu'il y a très peu de personnes âgées qui ont bénéficié d'une riche expérimentation des qualités dans l'aide à domicile. Ce résultat est tout à fait prévisible quand on sait que le niveau de fidélisation des personnes âgées est très élevé. Comment peut-on interpréter ces résultats ? La faible expérimentation chez les personnes âgées peut être expliquée par leur désir de construire une relation de service stable. Comme nous l'avons évoqué précédemment, le risque de choisir un prestataire moins qualifié que le précédent est également un facteur de fidélisation des personnes âgées. La qualité du prestataire ADAR peut en être aussi une explication possible. En effet, les usagers ne changent pas de prestataire tant que celui-ci leur donne satisfaction. C'est le cas pour notre échantillon puisque le taux de satisfaction de la qualité du prestataire ADAR est élevé. Il faut également mentionner ici la place de l'employé dans la relation de service. Pour une grande partie des usagers, la relation de confiance avec l'employé est l'une des principales raisons de leur fidélité au prestataire.

3.2.2. L'évolution de la dépendance est un facteur important dans le changement de prestataire

L'enquête montre, qu'en général, la personne âgée est une personne fidèle qui ne procède pas à des expérimentations. Peu de personnes ont changé de prestataire depuis qu'elles ont commencé à utiliser les services d'aide à domicile. En revanche, on sait que les personnes âgées forment une population hétéroclite et les comportements sont différents. En considérant l'évolution de la dépendance, nous constatons que le taux d'expérimentation est très variable.

Tableau 27. Le changement de prestataire selon l'évolution de la dépendance (en%)

<i>Changement de prestataire</i>	<i>Evolution de la dépendance</i>				
	<i>Dégradation</i>	<i>Stagnation</i>	<i>Amélioration</i>	<i>NSP</i>	<i>Total</i>
Une fois	37,5	23,2	3,6	35,7	100,0
Plusieurs fois	24,3	18,9	-	56,8	100,0
Total	32,3	21,5	2,2	44,1	100,0

Ce tableau montre que les personnes ayant changé de prestataire sont essentiellement des personnes dont la situation socio-sanitaire se dégrade (32,3%) et des personnes qui ignorent l'évolution de leur dépendance (44,1%). Pour la première catégorie, celle dont la dépendance évolue rapidement, la recherche d'un prestataire capable d'adapter la qualité à leurs besoins peut expliquer ce comportement. En effet, ces personnes passent d'un prestataire à un autre en fonction de l'évolution de leur besoins et de la qualité proposée. Pour la seconde catégorie, celle composée de personnes incapables d'apprécier l'évolution de leur dépendance, le fait de changer plusieurs fois de prestataire peut s'expliquer par plusieurs raisons. La satisfaction de la qualité, le changement de lieu de résidence, l'évolution effective des besoins, la place de l'aide domestique, etc. sont autant de raisons qui peuvent pousser à changer de prestataire.

Ce qui est important à montrer ici est le fait qu'une partie des personnes âgées est très volatile. Les raisons peuvent être l'exigence de qualité. La deuxième remarque importante est la possibilité que ces usagers volatils partagent leurs expériences avec d'autres usagers. Autrement dit, l'insertion de ces usagers dans un réseau d'échange peut s'accompagner par le partage de leurs jugements sur la qualité des prestataires avec d'autres usagers.

3.2.3. Les personnes âgées lourdement dépendantes changent de prestataire plus fréquemment que les autres personnes âgées

La prise en compte des niveaux de dépendance montre également que le mouvement de *search* est plus important chez les personnes lourdement dépendantes.

Tableau 28. Changement de prestataire par niveau de dépendance de la personne âgée

	<i>Autonomie</i>	<i>Faible dépendance</i>	<i>Dépendance moyenne</i>	<i>Dépendance lourde</i>	<i>Total</i>
Une fois	12,3	8,0	12,1	17,8	12,6
Plus d'une fois	10,5	5,7	7,4	9,3	7,9
Total	22,8	13,6	19,5	27,1	20,6

Plus de 27% des personnes âgées lourdement dépendantes ont changé de prestataire au moins une fois. C'est au sein de cette catégorie où le mouvement de *search* est le plus important. Il apparaît donc que la

catégorie la plus exigeante en termes de qualité est la catégorie la plus volatile. Mais cette volatilité peut être involontaire. C'est le cas de plusieurs personnes âgées résidentes dans deux villes dont on a transféré la prise en charge des CCAS vers ADAR pour cause de manque de qualifications chez les premiers. Aussi, un certain nombre de personnes aidées par deux associations du même arrondissement ont été reprises par ADAR suite aux difficultés économiques de leurs anciens prestataires. Pour une autre partie des personnes âgées, le changement de prestataire signifie la rupture du contrat de gré à gré et le choix de construire une relation stable avec l'association ADAR.

Les personnes autonomes représentent la deuxième population qui a changé fréquemment de prestataires. Presque 23% de cette population a expérimenté plus de deux prestataires dont ADAR. Comme chez les personnes dépendantes, les raisons de ce changement sont différentes d'une personne à une autre.

3.3. Le partage d'expériences entre les usagers : l'évaluation de la qualité dans l'espace-réseau

Nous avons vu dans le point précédent que l'une des méthodes qui permet aux personnes âgées d'évaluer subjectivement les qualités offertes consiste en l'expérimentation. Les mouvements de *search* comme outil d'évaluation sont peu fréquents. Le coût en temps et en argent de cette méthode en est sans doute le principal frein. En revanche, une partie de cette population se distingue par sa grande volatilité. Il s'agit des personnes lourdement dépendantes, des personnes qui estiment que leur dépendance évolue rapidement ou des personnes incertaines à propos de cette évolution. Ces personnes sont susceptibles d'introduire des repères comparatifs au sein des réseaux d'échange en partageant leurs expériences avec d'autres usagers. Cela nécessite d'abord l'existence d'espaces où les personnes âgées peuvent partager leurs expériences et ensuite, la formulation de ces expériences en des termes facilement diffusables. Autrement dit, des jugements sur la qualité capables d'être compris par les autres usagers.

3.3.1. Les jugements qualificatifs et jugements comparatifs des prestataires

Notre enquête a montré qu'une écrasante majorité des personnes âgées (78%) effectuent leur choix en faisant confiance à une tierce-personne (cf. le point 1 de ce chapitre). La personne ressource peut être un proche, un professionnel de santé ou une institution (CCAS, Mairie, Département, etc.). Le choix de la personne âgée s'effectue donc non pas dans l'isolement mais au sein d'un réseau social constitué d'autres acteurs. La personne âgée, ou sa famille, se fait une idée sur les différentes qualités des prestataires en interrogeant d'autres personnes. L'information utile, selon l'expression de Karpik, est obtenue à travers des discours véhiculés par les participants au réseau social. Ces discours sont socialement construits sous

formes de jugements. C'est dans ce sens que Lucien Karpik qualifie le réseau comme dispositif de jugements.

Dans le questionnaire que nous avons envoyé aux personnes âgées, nous leur avons demandé de qualifier leur prestataire. Pour illustrer les différentes qualifications, nous avons sélectionné quelques jugements.

Discours 1 : « *Je suis à ADAR parce que je sais qu'elle est plus adaptée pour ma situation. Certaines personnes m'ont proposé l'association X 1 qui est plus près de chez moi, mais j'ai rencontré des amis qui m'ont dit que cette association s'occupe des personnes handicapées, je ne suis pas une handicapée moi....* Madame Brave, 82 ans, vit seule »

Discours 2 : « *Je connais des associations qui font de l'argent avec les personnes âgées, c'est scandaleux...* Monsieur Mignon, 76 ans, vit seul »

Discours 3 : « *Ici [ADAR, nda] on est bien traité, les salariées sont très aimables. Je n'ai jamais eu de problèmes avec elles. Les remplacements sont assurés immédiatement. Une amie à moi qui est aidée par l'association X 2 a du patienter deux semaines pour qu'on lui remplace son Aide à domicile. Depuis, elle a rejoint ADAR* ». Madame Cirasse, 80 ans, vit seule »

Discours 4 : « *L'association X 3 peut rendre des services de première urgence. Je ne connais pas d'autres associations qui font ça. Mais il faudrait être plus sélectif sur le recrutement du personnel. Le temps est considérablement perdu en bavardages et en pauses dans cette association,* Madame Saurés, 86 ans, vit avec conjoint »

Discours 5 : « *L'association ADAR permet une adaptation de l'aide suivant les besoins des personnes concernées. Le sens de l'organisation du personnel ainsi que son écoute et sa patience contribue réciproquement à une bonne entente, c'est ce qui fait la différence avec les autres associations.* Madame Vendeuil, 91 ans, vit seule »

Dans ces discours, on s'aperçoit qu'un jugement peut mettre en évidence les aspects positifs de la qualité du prestataire comme il peut pointer ses aspects négatifs. En ce sens, la personne âgée évalue subjectivement la qualité du prestataire en confrontant le résultat de la relation de service avec ses propres attentes. Etant donné la multi-dimensionnalité de la qualité du service d'aide à domicile, la personne âgée peut être satisfaite partiellement de la qualité proposée. En effet, elle peut apprécier une dimension et critiquer une autre (Discours 1 et 4). Mais, l'évaluation globale peut ressortir de son discours sous forme d'une appréciation globale positive ou négative (Discours 2 et 5). Cela, nous le constatons dans certains cas quand l'évaluation utilise un repère externe (Discours 1 et 3 et 5). Dans ces derniers discours,

l'évaluation est effectuée en comparant la qualité du prestataire avec celle des autres prestataires. Cette comparaison est rendue possible par deux moyens :

- a) l'expérience personnelle quand la personne a expérimenté elle-même plusieurs prestataires rendant possible la comparaison ;
- b) l'expérience des autres usagers communiquée dans le cadre du réseau par des discours qualificatifs.

Les extraits des discours présentés précédemment illustrent clairement les jugements comparatifs. Ils renseignent implicitement sur la nature du choix des personnes âgées. Ces dernières, choisissent un prestataire en fonction de ce qu'un autre prestataire ne peut pas faire ou fait mal. Par exemple, dans le discours 4, la personne préfère l'association ADAR parce qu'elle peut fournir un service de soins que les autres associations ne fournissent pas. La variété des prestations sont donc un élément de comparaison entre les prestataires :

« ADAR offre beaucoup plus de services que les autres. Des services de qualité, une attitude professionnelle et beaucoup de relationnel » Madame Mortreux, 76 ans, vit seule.

Madame Mortreux est une personne âgée de 76 ans, elle vit seule et lourdement dépendante. Elle bénéficie de l'APA qui lui permet une aide de 4 heures par semaine. Elle est aidée par ADAR depuis 1988. Elle a connue cette association par le « bouche à oreille ». Elle est très satisfaite de la qualité de cette association et elle n'a jamais changé de prestataire. Elle a choisi cette association parce qu'elle la considère comme étant la plus performante sur le marché. Elle est en contact avec plusieurs usagers aidés par ADAR et elle a conseillé cette association à plusieurs personnes âgées.

Ce discours de madame Mortreux illustre une appréciation positive de la qualité de son prestataire. Outre la variété des services, son jugement porte sur deux autres dimensions de la qualité des services: les compétences professionnelles et les compétences relationnelles. Ce jugement serait partagé avec les autres personnes âgées aidées par ADAR puisque madame Mortreux est en contact avec plusieurs d'entre elles et de surcroît, elle a conseillé l'association à plusieurs autres personnes. C'est le même discours qualificatif qu'elle aurait employé pour qualifier ADAR auprès de ces personnes.

Un autre exemple porte sur l'entretien de la relation de proximité :

« Ce qui est bien chez cette association c'est que le siège garde le contact avec les personnes aidées, ils sont présents quand on a besoin d'eux. Ce que j'apprécie le mieux c'est de pouvoir joindre facilement la responsable du secteur quand j'ai des soucis. Dans d'autres associations il n'y a pas ce contact ou très peu, le seul interlocuteur reste l'auxiliaire » Madame Michon, 67 ans, vit avec conjoint

Madame Michon est âgée de 67 ans, elle vit avec son conjoint âgé de 75 ans. Elle est moyennement dépendante et bénéficie d'une réduction d'impôts. Le volume de son aide est de 2 heures par semaine. Elle a changé de prestataire plusieurs fois. Elle est très satisfaite de la qualité d'ADAR et elle l'a conseillé à une personne. Elle a connu ADAR par un de ses proches. Elle est en contact avec une personne aidée par cette association mais en contact avec plusieurs personnes aidées par d'autres prestataires.

Le discours de madame Michon est un jugement porté sur la qualité de suivi de la relation de service par la responsable du secteur, autrement dit, une évaluation de la relation de proximité. Cette dimension est mise en avant par cette personne pour qualifier la qualité de l'association. Son évaluation est positive en la comparant à d'autres prestataires. Cette comparaison peut être considérée comme crédible dans la mesure où madame Michon a expérimenté plusieurs prestataires et de surcroît, elle connaît plusieurs personnes âgées aidées par d'autres prestataires à qui elle leur emprunte des jugements comparatifs.

Ces quelques discours-jugements que nous avons sélectionnés à partir de notre enquête par questionnaire sont des exemples montrant la richesse des évaluations partagées mais aussi leur complexité. L'évaluation reste subjective et peut-être ne reflète pas exactement la réalité. Mais l'important pour les personnes âgées est d'avoir des arguments suffisants pour opérer son choix et les justifier. Autrement dit, l'information pertinente est recueillie en sélectionnant dans les discours-jugements la dimension qui importe le plus à la personne âgée (ou à sa famille).

En analysant ces discours, on peut noter trois principales remarques :

- Les jugements recensés qualifient le prestataire en évaluant sa qualité globale ou en mettant en avant une ou plusieurs dimensions de cette qualité. Il s'agit donc de jugements qualificatifs du prestataire.
- Pour certaines personnes, le jugement est construit par la confrontation des résultats de la relation de service avec leurs attentes et pour d'autres, par la comparaison de la qualité du prestataire avec celle des autres prestataires. Ainsi, le jugement peut être qualificatif mais aussi comparatif de la qualité des prestataires.
- Enfin, ces jugements peuvent être issus d'une évaluation personnelle dans le sens où ils sont le résultat d'une expérimentation individuelle, comme ils peuvent être empruntés à d'autres personnes âgées ou à des tierces personnes (proches ou intermédiaires).

Une autre remarque importante à souligner est la multiplicité des jugements. Il n'y a pas un seul type de jugements pour qualifier le prestataire ou pour le différencier des autres, mais une multitude de jugements de formes et de contenus différents. Dans ce cas, comment une personne qui ne connaît rien à ces services arrive-t-elle à faire le tri entre ces différents jugements et se faire une idée sur la qualité des prestataires ?

La réponse à cette question se trouve dans la « qualité » des personnes émettrices de ces discours. La crédibilité du jugement est rattachée à l'identité de ces tierces-personnes et aux relations que la personne âgée entretient avec elles. La personne âgée doit faire le tri entre ces jugements en fonction de la confiance qu'elle accorde à leurs émetteurs. Ainsi, on peut supposer que le jugement est crédible quand la tierce-personne est un usager qui a expérimenté lui-même la qualité du prestataire jugé. La confiance est accordée au regard de l'expérience personnelle de cette tierce-personne qu'aux liens interpersonnels entretenus avec cette personne. A l'inverse, quand la tierce-personne est une institution ou un professionnel de santé (médecin traitant par exemple), la confiance en son jugement porte sur son désintéressement. Comme le note Karpik (1996), la confiance que l'on accorde à une tierce partie est fondée sur son expérience ou son désintéressement (p. 532). Cette double qualité de la partie-tierce garantit la pertinence de l'information créant ainsi les conditions nécessaires pour un engagement contractuel (op.cit.).

3.3.2. Pluralité et complexité des jugements qualitatifs

Comme nous l'avons précisé plus haut, les jugements s'expriment sous différentes formes. Ils peuvent être succincts et portant sur la qualité globale du prestataire, comme ils peuvent avoir une forme plus détaillée touchant plusieurs dimensions de la qualité du prestataire. On peut citer l'exemple de madame Brigitte : « *ADAR est une association sérieuse* » ou l'exemple de madame Sofia : « *ADAR est toujours à notre écoute, on peut compter sur elle* ». Ces jugements peuvent être suffisants pour une personne qui veut se faire une idée sur la qualité du prestataire, comme ils peuvent être insuffisants pour d'autres personnes. L'information pertinente n'est pas contenue dans les termes du discours mais dans sa forme. C'est le caractère positif ou négatif du jugement qui importe dans certaines situations et pour certaines personnes. En revanche, nous avons recueillis plusieurs discours constitués de jugements contenant plusieurs informations sur la qualité du prestataire :

Discours 6 : « *L'association dispose de bonnes ouvrières mais malheureusement trop d'arrêts injustifiés et parfois trop de remplacements et surtout manque de tabliers* » Madame Vonnet, 86 ans, vit seule.

Discours 7 : « *L'ADAR offre beaucoup plus de services de qualité et de professionnalisme et de relationnelle que les autres associations* » Madame Gervais, 77 ans, vit seule.

Discours 8 : « *Bon accueil, toujours prête à donner renseignements et aides aux personnes. Excellente organisation; ne laisse jamais les personnes sans service ; il y a de la psychologie*

dans le choix des auxiliaires de vie et autres employées à domicile » Monsieur Frangin, 79 ans, vit avec conjoint.

Discours 9 : « Si j'ai à qualifier ADAR je dirai : ponctualité des aides, serviabilité des auxiliaires, bonne écoute, remplaçante assurée, honnêteté, non racisme. » Madame Frugier 73 ans, vit seule.

Ces discours riches en informations permettent de caractériser plus précisément le prestataire. Ils sont centrés sur un large périmètre de qualités. Chaque personne âgée évoque sa satisfaction ou son mécontentement sur les aspects du service qui lui paraissent essentiels. Ainsi, on retrouve chez les uns des jugements sur la qualité des employés (discours 6) et chez d'autres des jugements sur la qualité de l'organisation (discours 7). Ces deux aspects peuvent être contenus dans un même jugement (discours 8). On retrouve également des jugements portés sur l'éthique de l'organisation ou de ses employés et d'autres jugements portés davantage sur la qualité du travail et le respect des engagements contractuels.

La pluralité de ces jugements exprime la richesse de l'évaluation subjective. Plus le jugement contient un nombre important d'informations, plus l'évaluation est fine. Cette finesse dans le jugement peut accroître la crédibilité de l'information, mais elle peut aussi poser une difficulté pour le récepteur de ces discours dans la mesure où il doit faire un tri. Comme nous l'avons souligné précédemment, cette difficulté peut être dépassée au regard de la confiance accordée aux porteurs de ces jugements. Ainsi, on peut privilégier un jugement positif d'une tierce personne A sur un jugement négatif de la tierce personne B si la confiance que l'on accorde à A est plus élevée à celle accordée à B. Dans le cas où le jugement est constitué d'un ensemble d'informations sur des dimensions différentes de la qualité, le récepteur du discours fera le tri de ces informations en fonction de ses attentes. Ainsi, il peut retenir par exemple comme prioritaires les informations en lien avec les compétences des salariés ou la variété des services. En classant, consciemment ou inconsciemment, les différentes dimensions de la qualité qui lui paraissent les plus importantes, il s'intéressera en premier lieu à l'appréciation portée sur ces dimensions puis à l'appréciation sur les autres dimensions.

Quelle que soit la nature et la forme de ces jugements, leur rôle reste le même. Ils permettent aux personnes âgées de qualifier les prestataires dans un contexte où l'information publique sur la qualité n'existe pas, insuffisante ou difficilement accessible. Ces discours qualificatifs servent aux usagers de repères pour classer les prestataires. Il se peut que ce classement ne reflète pas la réalité de la concurrence. Cependant, il permet aux personnes âgées de se donner des arguments pour effectuer un choix raisonné. En effet, il permet de lever une partie de l'incertitude sur la qualité au travers les informations obtenues au sein du réseau d'échange. En ce sens, les jugements transportés au sein de ces réseaux offrent aux usagers une possibilité d'interpréter les différences de qualités sur le marché. La

question qui demeure présente est de savoir si le réseau en tant que dispositif de jugement sur les qualités peut conduire le marché à l'efficacité. Sachant que l'évaluation de la qualité est subjective et que l'incertitude n'est pas totalement levée, il n'est pas exclu que certains acteurs adoptent un comportement opportuniste. Cette question sera examinée en sollicitant la notion de réputation et en définissant le lien entre celle-ci et la notion de jugement.

3.4. Du discours-jugement à la réputation

La notion de jugement utilisée jusqu'à présent doit être spécifiée afin de comprendre son rôle dans la coordination. Porter un jugement sur la qualité d'un prestataire est synonyme d'évaluer subjectivement cette qualité. Il s'agit donc d'une évaluation subjective fondée sur l'expérience individuelle ou sur l'expérience des autres. C'est ce partage du résultat des évaluations subjectives entre plusieurs individus qui nous intéresse le plus ici.

Rappelons que le jugement sur la qualité se transmet dans des discours que nous avons qualifiés de discours-jugements. Le réseau d'échange est l'espace social où ces jugements se forment et se transmettent. L'insuffisance de l'information publique¹⁴⁹ à rendre possibles les différenciations qualitatives entre les prestataires conduit les usagers à produire eux-mêmes cette information. L'utilisateur se tourne vers son cercle de connaissance pour trouver le prestataire ayant le rapport prix-qualité le plus intéressant¹⁵⁰. Ce qui lui importe le plus c'est, par exemple, de savoir si une telle organisation est un « bon » ou un « mauvais » prestataire, ou si ses salariés sont « sérieux » ou non, jeunes ou âgés¹⁵¹, si l'on peut lui faire confiance ou non, etc. Ce type de qualificatifs ressort dans les discours que nous avons analysés plus haut. On peut les considérer comme des versions simplifiées des discours-jugements. En effet, un discours-jugement subit une transformation au fur et à mesure qu'il se transmette d'une personne à une autre. Cette circularité modifie les informations contenues dans le discours en retenant que l'essentiel. La transformation des jugements complexes et multiples en des jugements pertinents et

¹⁴⁹ La publicité est interdite dans l'aide à domicile et les prix sont administrés.

¹⁵⁰ Le prix devient une variable importante dans le choix quand la personne âgée est subventionnée par des réductions d'impôts, par des mutuelles ou quand la personne âgée ne bénéficie pas de financement public. En revanche, pour les usagers financés par l'APA et par la CNAV, les prix sont fixés administrativement par les financeurs.

¹⁵¹ A ce sujet, notons que la dimension du genre et l'âge sont des éléments importants dans les représentations collectives. Les personnes âgées préfèrent qu'elles soient aidées par une femme d'un certain âge que par une jeune fille : « certaines personnes très âgées souhaitent qu'elles soient aidées souvent par des femmes qui sont de la même génération que leur filles. On peut comprendre ce choix ... je me souviens d'une personne âgée qui est longtemps prise en charge par sa fille ; elle voulait une salariée de cet âge là parce qu'elle se voyait mal être aidée dans sa toilette par une jeune de l'âge de sa petite-fille ou arrière petite-fille... Directrice de l'association AMFD ». Ce type de représentations est largement répandu selon les entretiens que nous avons eus avec les responsables d'associations.

simples consiste donc à matérialiser « l'image » des prestataires sous forme de qualificatifs positifs ou négatifs. C'est cette « image » que nous pouvons définir comme réputation. Il s'agit d'une grandeur que l'on attribue à une organisation donnée et qui repose sur ses engagements en termes de qualité et éthiques.

Quand une organisation fait l'objet d'un jugement positif et que ce jugement se diffuse dans un large périmètre social, elle bénéficie d'une bonne réputation au sein de ce périmètre. Les usagers choisissent un prestataire parmi d'autres en interprétant leur réputation. Quand celle-ci est jugée positive, le prestataire accroît sa capacité à canaliser une large demande. Le prestataire doit donc entretenir cette réputation afin de préserver ou d'augmenter sa part de marché. Le rationnement de la demande s'effectue donc à travers ces réputations. En effet, plusieurs prestataires d'aide à domicile ont vu leur clientèle partir chez les concurrents suite à la dégradation de leur réputation. Certaines ont été mises en faillite ou avaient perdu leur agrément pour le même motif. C'est le cas de trois associations dans le nord-est de l'arrondissement de Lille et d'une association dans le pays de l'Artois (Pas-de-Calais). L'activité décroissante de ces structures s'était traduite par leur incapacité à garder leur personnel, notamment le personnel qualifié et par conséquent leur incapacité à tenir les engagements pris auprès des personnes âgées et des financeurs. L'amplification de l'impact de ces faits sur leur réputation avait contraint les pouvoirs publics à transférer leur activité vers d'autres structures plus viables.

Un autre exemple concerne un CCAS dans une commune du Nord. Etant donné son manque de personnel qualifié, ses usagers sont transférés vers une autre organisation dès qu'ils atteignent un stade de dépendance élevée. Ceci lui vaut la réputation d'un établissement « incapable de garder ses usagers »¹⁵². L'important pour nous n'est pas de savoir si ces affirmations sont vraies ou sont de simples allégations, mais c'est de mettre en lumière l'impact de ce type de jugement sur la réputation des prestataires et par conséquent sur la concurrence dans ce marché.

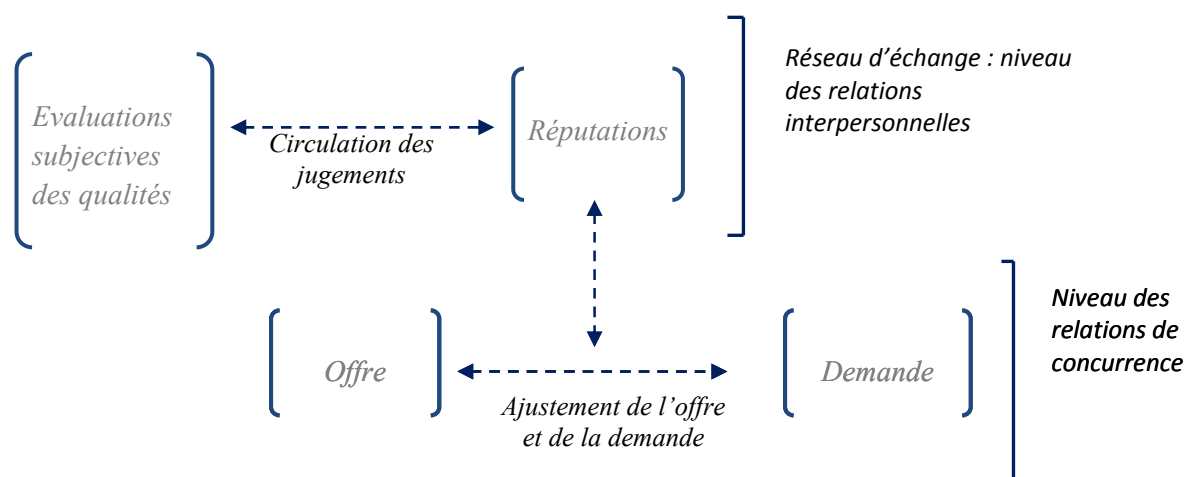
Il est vrai que les personnes âgées peuvent être une clientèle fidèle comme nous l'avons montré dans notre enquête, mais ces exemples montrent aussi qu'il existe un seuil de dégradation de la réputation qui déclenche un mouvement de défiance des usagers. Une fois ce seuil est atteint, ces derniers se détourneront de l'offre d'un prestataire en suivant le comportement des autres usagers. Les pouvoirs publics peuvent également être à l'origine de cette défiance dans le cadre de leur mission de régulation.

Le même mécanisme conduisant à la défiance des usagers vis-à-vis d'un prestataire peuvent conduire à la confiance si sa réputation s'améliore. Cette amélioration se traduit par des jugements positifs diffusés à travers les mêmes canaux, autrement dit, à travers les relations entretenues par les acteurs au sein des réseaux d'échange. Ainsi, c'est à travers la réputation que l'ajustement entre l'offre et la demande

¹⁵² Propos recueilli auprès des personnes âgées et de certains responsables d'associations.

s'effectue dans ce marché. Les prestataires dont la réputation s'améliore vont être récompensés par le marché et inversement, ceux dont cette réputation se dégrade vont être pénalisés.

Figure 25. Le lien entre le niveau des relations interpersonnelles et le niveau de concurrence



Source : l'auteur

Ce schéma représente le mécanisme par lequel les évaluations subjectives se transforment en réputation et l'impact de celle-ci sur la concurrence. En effet, les évaluations subjectives de la qualité des services d'un prestataire se diffusent sous formes de discours-jugements. Ces derniers étant multiples et polymorphes subissent une transformation tant dans leur forme que dans leur structure. La complexité des informations qu'ils véhiculent se voit alors simplifiée après avoir circulé au sein du réseau. Les jugements sont ainsi transformés en des discours réduits qualifiant la qualité des prestataires. Ces discours simplifiés sont synonymes de la réputation. Cette dernière est construite sur la base des évaluations subjectives renforcée éventuellement par un label, un agrément ou toute procédure institutionnelle destinée à rendre visibles ses engagements en termes de qualité. Les personnes âgées perçoivent ces réputations comme des indicateurs de qualité qui agit directement sur leur choix ou leur fidélisation. En ce sens, la réputation ajuste l'offre et la demande locale.

Cet ajustement est quantitatif dans le sens où il traduit la fluctuation du nombre d'utilisateurs clients d'un prestataire suivant la fluctuation de sa réputation. De même, il peut être qualitatif dans le sens où l'évolution de la réputation du prestataire peut influencer sur la structure de sa clientèle en termes de niveaux de dépendance. L'amélioration de cette réputation par exemple, peut conduire à un accroissement du nombre de personnes âgées lourdement dépendantes attirée par la qualité.

La réputation peut évoluer dans un sens qui n'est pas forcément positif ou négatif. Par exemple, un prestataire donné peut être amené, pour des raisons différentes, à développer une offre nouvelle à destination d'un public autre que les personnes âgées. *A priori*, ceci n'aurait pas d'impact direct sur sa réputation auprès de la population de personnes âgées. Mais à terme, sa réputation aura tendance à évoluer d'un « prestataire spécialisé dans la dépendance » vers un « prestataire généraliste de services à la personne ». L'ajustement qui découle de cette évolution sera à la fois quantitatif et qualitatif.

3.5. La proximité active entre les usagers et son rôle dans la construction de la réputation des prestataires

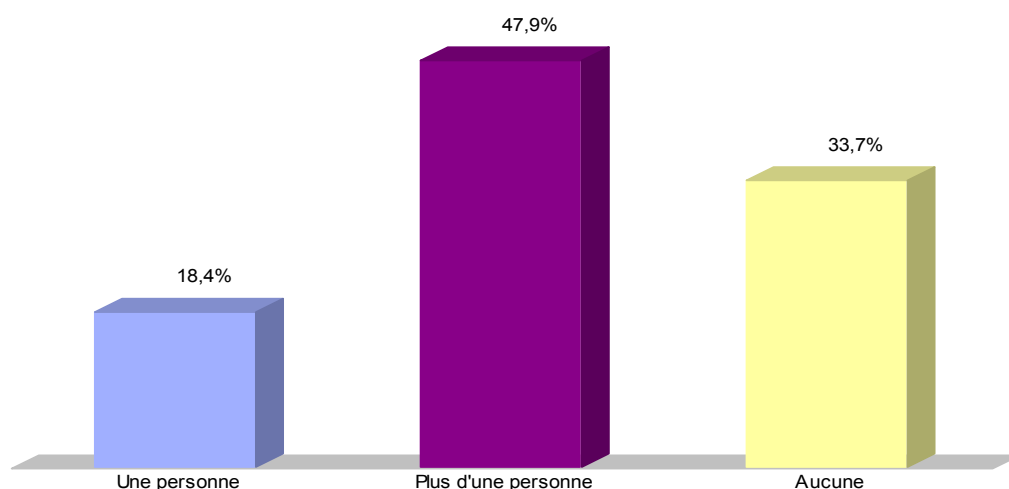
Les développements précédents sur les jugements et leur transformation en réputations sont fondés sur une hypothèse importante qui est l'existence d'un espace social qui rend possible l'interaction entre les usagers. Cet espace est défini par les relations interpersonnelles entre les clients d'un prestataire et entre ces derniers et les clients d'un autre prestataire.

3.5.1. La proximité active entre les personnes âgées : espace d'ajustement et de formation des évaluations sur la qualité

La confiance accordée au prestataire est constamment mise à l'épreuve pendant le déroulement de la relation de service. L'expérimentation des services du prestataire recommandé par la tierce-personne permet à l'utilisateur à vérifier lui-même le jugement formulé par celle-ci. En effet, à l'occasion du déroulement effectif de la relation de service, la personne âgée est désormais en capacité de juger elle-même la qualité du prestataire. Elle peut se servir de certains indices pour formuler son jugement comme le contact avec le prestataire et l'employé, la façon dont le travail est effectué, les moyens utilisés, la ponctualité de l'employé, les compétences de ce dernier, etc. Au terme des premières prestations, elle peut décider à renouveler sa confiance au prestataire ou la lui retirer. Ainsi, les premières évaluations sont faites par les usagers eux-mêmes. Par ailleurs, ces évaluations peuvent être redéfinies avec la rencontre d'autres usagers. En se rencontrant, ils confrontent leurs jugements. Les évaluations des uns se complètent par celles des autres ou se voient même réajustées.

Pour que cette comparaison entre les différentes évaluations soit possible, les personnes âgées doivent entretenir des relations directes entre elles. C'est ce que nous avons cherché à savoir dans notre enquête en demandant aux personnes âgées si elles connaissent dans leur entourage d'autres personnes âgées aidées à domicile.

Figure 26. Connaissez-vous dans votre entourage d'autres personnes aidées par votre prestataire ?



Ce graphique montre que la majorité des usagers du même prestataire se connaissent. Plus de deux usagers sur trois ont des contacts avec au moins un usager. Environ 48% des personnes interrogées connaissent plus de deux usagers aidés par le même prestataire. Ce contact ne signifie pas bien évidemment que les personnes âgées entretiennent des relations continues et étroites. Mais le fait que ce contact existe laisse supposer qu'elles peuvent échanger leurs opinions à propos de la qualité de leur prestataire. Notre enquête n'a pas pu vérifier cette hypothèse. Mais on peut supposer que ces rencontres sont possibles dans la mesure où les personnes composant l'échantillon sont géographiquement proches. En effet, selon les données de l'enquête, plus de 73% des personnes âgées interrogées vivent dans une aire urbaine condensée (ville de Roubaix et de Wattrelos). Les espaces de rencontre peuvent être institutionnellement organisés comme les clubs de retraités, les foyers de personnes âgées ou les clubs de « seniors », les maisons de quartiers ou les centres sociaux et socioculturels¹⁵³. Outre ces espaces institutionnalisés, les personnes âgées sont susceptibles de se rencontrer également dans le cadre de leurs relations privées.

Ces liens entretenus par les personnes âgées, qu'ils soient organisés institutionnellement ou dans le cadre des relations privées, permettent le partage d'informations sur la qualité des prestataires. Au delà du simple partage d'informations, les espaces de relations interpersonnelles contribuent à la formation des jugements sur les qualités et à leur circulation.

¹⁵³ Les Maisons de quartier et les Centres socioculturels sont des structures associatives bénéficiant de fonds publics pour leur fonctionnement. Leurs principaux financeurs sont la CAF, les Conseils Généraux, les Mairies et le Fond Social Européen. Leur mission est de renforcer le lien social par la mise en place des activités sociales, culturelles et de loisir au bénéfice des habitants du quartier où elles sont implantées.

Tableau 29. Proximité sociale et géographique entre les usagers

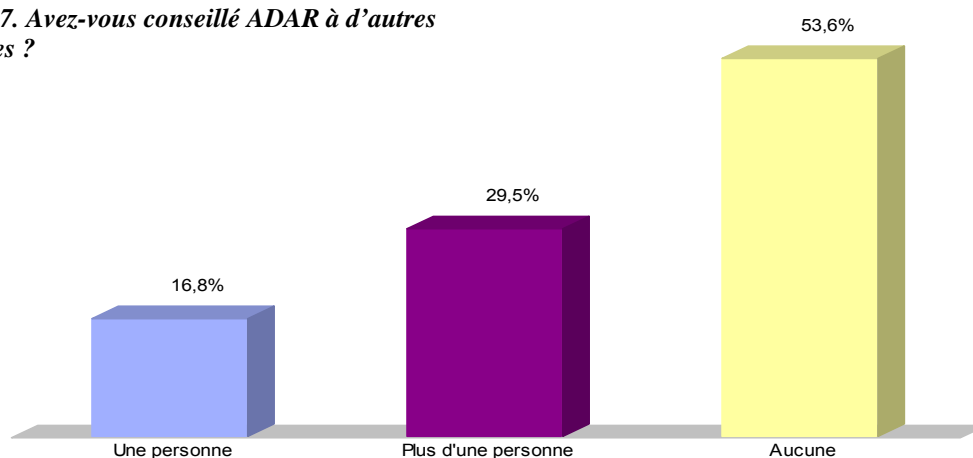
Nombre d'usagers en contact	Roubaix		Wattrelos		Wasquehal		Leers	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Une personne	47	15,3%	19	26,8%	5	20,8%	12	21,4%
Plus d'une personne	159	51,6%	17	23,9%	12	50,0%	33	58,9%
Aucune	102	33,1%	35	49,3%	7	29,2%	11	19,6%
Total	308	100%	71	100%	24	100%	56	100%

Ce tableau montre que la proximité entre les personnes âgées est assez importante quel que soit leur lieu de résidence. Mis à part les résidents de Wattrelos où seulement 50,7% d'entre eux se connaissent, cette proportion s'élève à plus de 67% dans les trois autres villes. La remarque la plus importante à relever est le fait que plus d'une personne sur deux a des contacts avec plus de deux personnes aidées par le prestataire ADAR. Le cercle de connaissance chez les personnes âgées clientes de cette association est donc assez large. On ignore si l'aide à domicile fournie par le prestataire ADAR a contribué à ce rapprochement ou au contraire, si ces liens interpersonnels existaient déjà bien avant que les personnes âgées soient clientes de ce prestataire. Tout compte fait, l'existence de ces relations renforce l'hypothèse d'une proximité sociale active entre les personnes âgées. Le prestataire ADAR fait l'objet donc d'une évaluation commune ou comparée au sein de ces espaces sociaux infra-locaux.

3.5.2. Usagers transporteurs et diffuseur de la réputation

La proximité « active » entre les personnes âgées ne se traduit pas seulement par la formation des jugements sur la qualité du prestataire mais aussi par la diffusion de sa réputation auprès d'autres personnes âgées. Près de la moitié des personnes interrogées affirment avoir conseillé leur prestataire au moins à une personne. Environ 17% l'ont recommandé à une personne et 29,5% à plus d'une personne.

Figure 27. Avez-vous conseillé ADAR à d'autres personnes ?



Précisons que le taux de réponse à cette question est très élevé, soit 92,5% des personnes interrogées. De ces résultats, on peut déduire que la personne âgée recherche l'information sur les qualités au sein de son réseau social et elle-même devient un acteur actif de ce réseau puisqu'elle participe à la circulation de la réputation de son prestataire. La personne âgée passe ainsi du statut de simple usager à un statut d'utilisateur « expert » et informateur. La diffusion de la réputation du prestataire se traduit par l'élargissement du réseau d'échange de ce dernier. Il s'agit donc d'un moyen important pour élargir son marché. Notre enquête montre que l'impact des usagers sur l'extension du réseau d'échange dépend de deux facteurs :

- a) Le premier est le résultat de l'évaluation effectuée par les personnes âgées. La personne âgée recommande son prestataire à une personne proche seulement si elle est satisfaite de la qualité de ses prestations. Cette satisfaction n'est pas uniforme. Elle est différente selon les caractéristiques socio-sanitaires des personnes âgées.
- b) Le deuxième facteur est l'intensité des relations entretenues par les personnes âgées. En effet, plus les relations qu'entretiennent les usagers d'un prestataire sont intenses, plus cette réputation sera largement diffusée.

3.5.2.1. La diffusion de la réputation dépend du niveau de satisfaction sur la qualité

Le tableau suivant montre une forte corrélation entre la satisfaction de la personne âgée des prestations d'ADAR et le fait d'avoir recommandé ce prestataire à d'autres personnes âgées¹⁵⁴.

Tableau 30. La proportion de personne ayant recommandé ADAR selon leur niveau de satisfaction

Avez-vous recommandé ADAR ?	Niveau de satisfaction			
	Très satisfait	Moyennement satisfait	Peu ou pas satisfait	Total
OUI	49,4	39,4	20,0	46,1
NON	50,6	60,6	80,0	53,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Tableau : % Colonnes. Khi2=6,96 ddl=4 p=0,137 (Val. théoriques < 5 = 2)

Lecture : 49,4% des personnes très satisfaites des prestations d'ADAR ont recommandé ce prestataire à une ou plusieurs personnes.

Le nombre de personnes ayant recommandé ADAR diminue avec la baisse du niveau de satisfaction. Les usagers très satisfaits de la qualité de ce prestataire sont 49,4% à recommander ADAR à d'autres personnes. Cette proportion baisse à 39,4% chez les usagers moyennement satisfaits et à 20% chez les personnes pas ou peu satisfaits. Les meilleurs transporteurs de la réputation du prestataire sont donc les

¹⁵⁴ En attribuant une note de 9/10 pour une satisfaction forte, 5/10 pour une satisfaction moyenne et 2/10 pour une satisfaction faible, il en résulte un coefficient de corrélation de 0,97.

personnes âgées les plus satisfaites de la qualité. Si ce résultat de l'enquête peut apparaître anodin¹⁵⁵, il est en revanche d'une importance majeure pour les prestataires. Le niveau de satisfaction de ses clients peut influencer sur sa part du marché. Il est donc important pour le prestataire de savoir qui sont ces usagers satisfaits capables de diffuser sa réputation.

Tableau 31. Satisfaction par niveau de dépendance

	Très satisfait	Moyennement ou faiblement satisfait	Total
Autonome	75,4	24,6	100,0
Faiblement dépendantes	81,2	18,8	100,0
Moyennement dépendantes	74,1	25,9	100,0
Lourdement dépendantes	68,6	31,4	100,0
Total	74,5	25,5	100,0

Tableau : % Lignes. Khi2=4,29 ddl=3 p=0,231

L'enquête montre que le niveau de satisfaction est plus élevé chez les personnes autonomes et faiblement dépendantes. Par ailleurs, la satisfaction est plus faible chez les personnes dépendantes (dépendance moyenne et lourde). On peut supposer que la première catégorie est plus active dans la diffusion de la réputation du prestataire. En effet, 50% des usagers faiblement dépendants ou autonomes ont recommandé ADAR au moins à une personne, alors que 45 % des personnes dépendantes en ont fait de même.

3.5.2.2. Le niveau de satisfaction baisse avec la proximité entre usagers

Nous avons constaté une parfaite corrélation entre le niveau de satisfaction des usagers et leur proximité active¹⁵⁶. Comme le montre le tableau suivant, la proportion d'usagers très satisfaits est moins élevée chez les usagers en contact avec d'autres usagers.

¹⁵⁵ Il est tout à fait logique que les individus satisfaits soient plus nombreux à recommander le prestataire que les individus moyennement ou faiblement satisfaits.

¹⁵⁶ Le coefficient de corrélation est de 96% entre le niveau de satisfaction et le nombre de personnes âgées n'ayant recommandé ADAR à personne.

Tableau 32. La satisfaction en fonction de la proximité entre les usagers

Niveau de satisfaction des usagers	Proximité avec les usagers aidés par ADAR			Proximité avec les usagers aidés par un autre prestataire		
	Proximité	Pas de proximité	Total	Proximité	Pas de proximité	Total
Très satisfait	73,4	76,8	74,5	70,9	75,7	74,4
Moyennement satisfait	24,8	18,3	22,6	25,2	21,4	22,4
Peu ou pas satisfait	1,9	4,9	2,9	3,9	2,9	3,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tableau : % Colonnes. Khi2=4,84 ddl=2 p=0,087 (Val. théoriques < 5 = 1)

La proximité suppose que les usagers sont en contact entre eux. Le niveau de satisfaction est élevé chez les usagers, qu'ils aient des liens de proximité avec les autres ou non. Mais leur proportion est plus élevée chez les usagers ne partageant pas cette proximité. Parallèlement, la part des usagers moyennement satisfaits baisse avec la proximité. En effet, la densité du réseau d'échange fait baisser le nombre des très satisfaits et des moyennement satisfaits. D'autre part, la proportion des non-satisfaits augmente. Il semblerait alors que le réseau d'échange modère le niveau de satisfaction en baissant le nombre des personnes satisfaites et en augmentant celui des non-satisfaites.

Ce constat est confirmé quand les usagers-clients d'ADAR sont en proximité avec les usagers-clients d'autres prestataires. Nous remarquons que les relations de proximité ajustent vers le bas le niveau de satisfactions très élevé et vers le haut le niveau de satisfaction faible. En revanche, la part des usagers moyennement satisfaits augmente avec la proximité. Ce mouvement d'ajustement est en outre plus fort quand la proximité est entre les clients d'ADAR avec les clients des concurrents d'ADAR. En effet, non seulement la baisse des très satisfaits est élevée (+ 5points) mais surtout la proportion des non-satisfaits augmente (+ 1point).

Comment peut-on interpréter cet effet du réseau d'échange sur la satisfaction des usagers ? Comme nous l'avons noté plus haut, la communication entre les usagers peut conduire à des évaluations partagées sur la qualité. L'accès à ces évaluations collectives modifie l'appréciation individuelle de la qualité. Cela veut-il dire que les jugements qui circulent au sein du réseau d'échange sont plutôt défavorables au prestataire ? Pas exactement. L'appréciation de la qualité adaptative serait vraisemblablement à l'origine de l'émergence de jugements négatifs. En effet, la qualité adaptative est jugée peu suffisante par la majorité des usagers insérés dans le réseau d'échange. En revanche, elle est jugée suffisante par la majorité des usagers exclus du réseau d'échange. Le discours-jugement négatif sur la qualité adaptative est plus fort dans le réseau d'échange. Il serait amplifié par les attentes des personnes âgées dépendantes qui constituent la majorité du réseau (70%). L'effet de l'appréciation de la qualité adaptative au sein du réseau serait donc à l'origine de la baisse du niveau de satisfactions chez les personnes insérées. Mais il faut souligner que l'impact de l'évaluation de la qualité adaptative plutôt négatif ne se traduit pas par une rupture entre les usagers et le prestataire. La part des très satisfaits demeure toujours importante même si

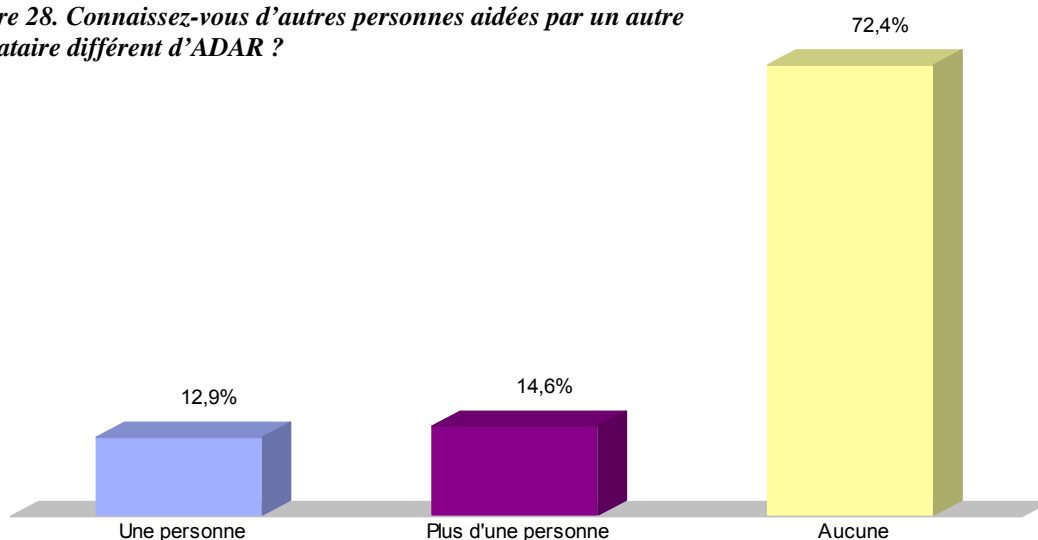
elle baisse. De plus, l'écrasante majorité des usagers insérés affirment qu'ils font toujours confiance à leur prestataire.

3.5.2.3. L'introduction des jugements comparatifs à travers l'interconnexion des réseaux d'échange

Jusqu'à présent, nous avons vu l'impact des contacts entre les usagers au sein du réseau d'échange. Essentiellement ces relations intra-réseau permettent la formation des jugements sur la qualité du prestataire et leur diffusion. Nous avons souligné également que l'évaluation subjective est susceptible d'être modifiée avec la proximité entre les usagers. Cette modification peut intervenir notamment quand l'utilisateur rencontre d'autres usagers d'un autre prestataire. En se rencontrant, les usagers échangent des informations sur la façon dont est construit le service par leurs prestataires respectifs. Ils dévoilent aussi leur satisfaction ou non-satisfaction en pointant les aspects les plus marquants de la qualité. En ce sens, les usagers diffusent la réputation de leur prestataire respectif auprès des usagers de prestataires concurrents. Par conséquent, la rencontre de plusieurs usagers est synonyme de la rencontre des jugements portés sur leurs prestataires. En fait, l'interconnexion des réseaux d'échange crée un espace où les réputations des différents prestataires s'entrecroisent.

La rencontre entre les différentes réputations ouvre la possibilité de comparer la qualité des prestataires concurrents. Par ailleurs, cette possibilité dépend de l'intensité des relations entre plusieurs réseaux d'échange. Autrement dit, elle dépend de la perméabilité des réseaux d'échanges permettant la circulation des jugements sur la qualité à un niveau très large.

Figure 28. Connaissez-vous d'autres personnes aidées par un autre prestataire différent d'ADAR ?



Plus de 72% des usagers affirment ne pas connaître d'autres usagers aidés par un autre prestataire. Seulement 27,5% des usagers ont établi des contacts avec d'autres usagers se situant à l'extérieur du réseau d'échange d'ADAR. Ces usagers se situant entre plusieurs réseaux d'échange sont des passerelles

où transitent des repères comparatifs sur les qualités. La faible proportion de cette catégorie d'utilisateurs signifie que les réseaux d'échange sont faiblement interconnectés. L'une des limites des réseaux d'échange dans la formation des jugements comparatifs consiste donc dans la faible circulation de repères comparatifs entre les réseaux. Par ailleurs, l'effet de cette interconnexion peut être amplifié par l'intensité des relations entretenues entre les utilisateurs « passerelles » avec les autres utilisateurs du même prestataire. C'est le cas pour les clients d'ADAR puisque 78,5% des utilisateurs « passerelles » sont en contact avec les clients d'ADAR.

4. L'APPORT DES JUGEMENTS COMPARATIFS À L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES PRESTATAIRES

Notre enquête a montré que la majorité des personnes est très satisfaite de leur prestataire. L'introduction des comparaisons sur la qualité influence-t-elle l'appréciation des usagers ?

4.1. La différenciation des qualités à travers les expériences individuelles

La comparaison de la qualité entre les prestataires ne peut être effectuée que par les personnes âgées ayant déjà expérimenté plusieurs prestataires. Cette catégorie de personnes représente 20% de l'échantillon. Seule cette catégorie serait capable, *a priori*, de dire si leur prestataire actuel est de qualité supérieure, inférieure ou identique à celle des autres prestataires.

Tableau 33. Capacité à comparer la qualité du prestataire selon l'expérience de l'utilisateur

Qualité d'ADAR par rapport à celle des concurrents	Avez-vous changé de prestataire ?		
	OUI	Jamais	Total
Supérieure	23,7	7,8	11,2
Identique	17,5	11,2	12,5
Inférieure	2,1	0,8	1,1
Ne sait pas	56,7	80,2	75,2
Total	100,0	100,0	100,0

Tableau : % Colonnes. $\chi^2=42$ ddl=6 $p=0,001$ (Val. théoriques $< 5 = 4$)

L'ignorance des différences de qualité est nettement plus faible chez les personnes ayant expérimenté d'autres prestataires que chez les personnes qui n'ont jamais changé de prestataire. La multiplication des expériences permet donc aux usagers de comparer les qualités offertes. En ce sens, elle réduit l'incertitude liée au manque de différenciation des qualités. En revanche, les personnes qui n'ont jamais changé de prestataire affirment majoritairement (80,2%) être incapables de comparer la qualité de leur prestataire par rapport à celle des autres. Le manque d'expérience ne permet pas à cette catégorie de disposer de repères comparatifs.

4.2. Les différenciations qualitatives à travers le partage des expériences des autres usagers

La possibilité de comparer qualitativement les prestataires peut s'acquérir en dehors de l'expérimentation individuelle. La proximité active entre les personnes âgées est justement porteuse de repères comparatifs. Dans notre échantillon, plus de deux tiers des personnes âgées aidées par ADAR sont en contact entre

elles et 28% sont en contact avec des personnes aidées par d'autres prestataires. La capacité à différencier qualitativement les prestataires est-elle différente selon que l'utilisateur ait des liens de proximité avec d'autres usagers ou non ?

Tableau 34. Capacité à différencier la qualité du prestataire selon la proximité entre les personnes âgées (en %)

<i>Connaissance des différences de qualité</i>	<i>Proximité avec les usagers aidés par d'autres prestataires</i>			<i>Proximité avec les usagers aidés par le même prestataire (ADAR)</i>		
	Proximité	Pas de proximité	Total	Proximité	Pas de proximité	Total
OUI	29,7	20,2	22,9	25,9	20,5	24,1
NON	70,3	79,8	77,1	74,1	79,5	75,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tableau : % Colonnes. Khi2=4,16 ddl=1 p=0,039 (Significatif)

Tableau : % Colonnes. Khi2=1,41 ddl=1 p=0,233

A partir de ce tableau, on peut dire que la proximité fait baisser l'ignorance des différences de qualité. En effet, la proportion des usagers ignorant ces différences est plus faible chez ceux qui sont en contact que chez les usagers isolés. Cette proportion baisse de 10 points chez les usagers clients d'ADAR qui ont une proximité avec les usagers clients d'un autre prestataire. La proximité entre les usagers apparentant au réseau d'échange d'ADAR fait baisser l'ignorance des différences de qualité de 5 points. La proximité apparaît ainsi comme un facteur de transmission des connaissances à propos de la qualité. Cependant, son effet sur l'incertitude qualitative reste modéré puisque l'ignorance des différences de la qualité est toujours dominante même chez les personnes partageant des liens de proximité.

Les personnes âgées capables de différencier les prestataires sont également celles qui sont capables de prendre la décision de quitter leur prestataire. Les prestataires¹⁵⁷ ont longtemps considéré la personne âgée comme un usager fidèle. La confiance est à la base de cette fidélité. La perte d'autonomie accroît aussi la dépendance des personnes âgées envers leur prestataire. Les entretiens que nous reproduisons plus loin montrent bien que la frontière entre la dépendance envers l'aide à domicile et la fidélité est très ambiguë (encadré 16, chapitre VI). Si la personne âgée a été longtemps considérée comme un client acquis que ce soit par fidélité, par confiance ou par dépendance, on doit aujourd'hui reconsidérer son comportement. L'utilisateur peut devenir de plus en plus volatil et exigeant. Ce changement peut s'expliquer par trois raisons :

- 1) La marchandisation du service de l'aide à domicile introduit la culture de choix. Les personnes âgées savent que les prix, la qualité et la conception même de l'aide à domicile sont différents d'un prestataire à un autre. Par conséquent, le choix peut exister.

¹⁵⁷ Les prestataires que nous avons rencontrés dans le cadre de nos entretiens.

- 2) La proximité entre les usagers permet d'échanger les informations et les expériences. Elle peut même être à l'origine des comportements mimétiques. Le départ d'un client peut avoir un effet boule de neige par effet d'amplification au sein du réseau d'échange.
- 3) Le changement de génération et l'accession à de nouvelles formes d'information telle que l'information numérique. Cette source d'information (internet et publicité) peut s'avérer pour certaines catégories de personnes âgées ou pour leur famille, un outil efficace de comparaison entre les prestataires.

Encadré 16. L'ignorance des différences de qualité et le poids de la relation avec le salarié

A travers des entretiens que nous avons effectués avec les personnes âgées, nous avons constaté que la place qu'occupe le salarié à domicile est importante surtout chez les personnes lourdement dépendantes et vivant seules. Le lien de « dépendance » envers l'aide à domicile est affirmé surtout quand ces personnes ne connaissent pas d'autres prestataires. Voici quelques exemples-types :

Madame Détonie, 77 ans : mariée mais elle vit seule car son époux est placé dans une structure médicalisée depuis 2002. Elle est moyennement dépendante (GIR 5). Sa caisse de retraite lui finance environ 94% de la prestation d'aide à domicile à hauteur de 2 heures par semaine. C'est sa caisse de retraite qui l'a orienté vers ADAR mais elle connaissait déjà cette association puisqu'elle était le prestataire de son époux. « J'étais satisfaite de l'aide apportée à mon époux par ADAR et quand ma caisse de retraite m'a communiqué le nom de cette association je n'ai pas cherché à aller voir les autres ». Elle connaît de réputation deux autres prestataires à travers son entourage. « Pour tout l'or que l'on peut me donner je ne changerai jamais. Je suis très satisfaite du travail de Karima [l'auxiliaire de vie], elle est très aimable, ponctuelle, très efficace et discrète... quand les congés arrivent je suis obligée d'accepter une remplaçante à contre cœur ».

Monsieur Privot, 81 ans, vit seul. Il est aidé par ADAR depuis 3 ans suite à une dégradation causée par son isolement. Il est en GIR 4. En tant qu'ancien chef d'entreprise, il bénéficie d'un complément de sa caisse de retraite pour 4 heures de services. Il a connu ADAR à la fois par le CCAS et un de ses amis. Il ne connaît pas d'autres associations bien qu'il fréquente une association d'anciens retraités. Il est très satisfait de l'aide apportée par ADAR et surtout du travail de l'auxiliaire de vie : « je sais que ADAR fait un très bon boulot de formation de ses salariés et sa démarche est bien pensée. Pour mon cas par exemple, ils ont cherché une adéquation entre ma situation personnelle, mon domicile, mon caractère et le profil de la personne qui intervient chez moi. Ça a très bien réussi. Cette femme est merveilleuse, elle a un très bon sens d'organisation et une bonne clairvoyance. Elle est capable d'observer ce qui ne va pas chez moi et anticipe le travail à faire pour les prochains jours....quand elle est en congé, je préfère me passer de la remplaçante, parce qu'il fallait tout lui expliquer... »

Madame Paltel, 71 ans, vit seule. Elle est moyennement dépendante (cancer des os). Elle est aidée par ADAR depuis 1975. Sa caisse de retraite lui finance 3 heures d'aide. Cette aide fluctue selon l'évolution très variable de sa santé. À part le CCAS de la ville X, elle ne connaît aucune autre association, même pas de nom. « J'ai connu ADAR à travers une amie qui venait d'être embauchée. Depuis 1975, je n'ai pas changé. Si le CCAS a transféré une grande partie de son activité chez ADAR c'est que cette association est sérieuse... ». La fidélité prouvée à cette association s'explique par la confiance accordée et la satisfaction du travail effectué par l'auxiliaire de vie : « Quand je sors de l'hôpital, je sais qu'ils réagissent rapidement à ma situation en augmentant mon aide sans aucun souci. Ces dernières années ils ont fait le « ménage » dans leur personnel et le résultat se voit bien. Nathalie [l'auxiliaire de vie] par exemple fait un travail merveilleux. Elle n'a pas besoin que je lui explique ce qu'il faut faire, mais malheureusement elle n'est pas toujours à ma disposition »

Madame Lehayeux est veuve, lourdement dépendante âgée de 79 ans. Elle porte une prothèse à la hanche et ne peut pas se déplacer sans un déambulateur. Elle vit seule et ne sort que rarement. Une amie vient souvent lui rendre visite et lui effectue ses courses. Madame Lehayeux bénéficie de l'APA qui lui permet une aide de 4 heures par semaine. Elle est aidée par ADAR depuis environs 5 ans et n'a jamais changé de prestataire. C'est l'hôpital de Roubaix qui l'a dirigée vers ADAR suite à une hospitalisation. Dans la situation d'urgence où elle se retrouvait elle n'a pas cherché à comparer ADAR aux autres prestataires : « Je n'ai pas eu le choix, je ne pouvais pas faire le ménage, alors je me suis dit que je verrai si cela me convient si non je change ». Actuellement, elle est très satisfaite de la qualité de l'aide bien que quelquefois elle est mécontente de la qualité des remplacements. Elle l'a fait savoir à ADAR et on lui a changé rapidement l'auxiliaire de vie.

Madame Idenden, 86 ans, elle vit seule et lourdement dépendante (GIR 3). Elle est allocataire de l'APA. Elle est aidée depuis 4 ans pour une prestation de 4 heures par semaine. Elle a connu ADAR par ses parents qui étaient clients. La femme de ménage a laissé une bonne impression ce qui a poussé Madame Idenden à choisir ADAR. Elle connaît d'autres associations mais ne désire pas changer pour une raison essentielle : l'attachement affectueux quelle éprouve à l'auxiliaire de vie et à la satisfaction de son travail : « Rita n'est pas seulement mon aide à domicile elle est comme ma fille, d'ailleurs elles ont le même âge.... je n'ai pas besoin de lui dire comment faire le ménage, elle connaît mes habitudes et je ne peux plus m'en passer d'elle... L'été quand elle est en congé je suis très malheureuse ... »

Les personnes rencontrées affirment toutes ne pas souhaiter changer de prestataire ni de salarié. La relation de confiance avec le prestataire et notamment la relation quasiment intime avec l'employé constituent les fondements de cette fidélité au prestataire. Par ailleurs, on peut considérer que le fait que ces personnes ne connaissent pas d'autres prestataires ou peu de prestataires de bonne qualité ne les incite pas à envisager de changer de prestataire. Cette éventualité pourtant s'impose lorsqu'elles évoquent l'évolution de leur dépendance. La solution mentionnée est souvent le départ dans un centre médicalisé ou une maison de retraite.

4.3. L'Analyse factorielle Multiple comme approche exploratoire du comportement des usagers en incertitude

L'incertitude sur la qualité révèle deux formes : l'incapacité à différencier les qualités offertes sur le marché et l'incertitude sur la qualité adaptative du prestataire compte tenu de l'évolution des besoins des usagers. Cette double incertitude limite leur liberté du choix. En revanche, nous avons montré qu'une partie des usagers peuvent accéder à des comparaisons entre les prestataires en se servant des repères partagés. Ces repères sont construits par des jugements sur les qualités et partagés dans le cadre des relations interpersonnelles. Ceci leur donne la possibilité d'avoir un comportement rationnel, autrement dit, un choix raisonné et d'être exigeante sur la qualité.

A travers une analyse factorielle des correspondances multiples, nous illustrons les caractéristiques des personnes âgées capables de différencier la qualité de leur prestataire. L'hypothèse à vérifier par cette analyse est l'influence des relations interpersonnelles sur le comportement de l'utilisateur. Cela revient à

montrer les différences en termes de motivation des choix, de fidélisation et de diffusion de la réputation du prestataire. Cette analyse est appliquée sur neuf questions (variables) constituées au total de 24 modalités (réponses). Pour des raisons de méthode, nous avons apporté quelques modifications aux questions. Certaines modalités sont regroupées et d'autres exclues¹⁵⁸.

¹⁵⁸ C'est le cas de la question « êtes-vous en contact avec les usagers aidés par ADAR ? », les réponses prévues dans le questionnaire sont : « Avec une seule personne », « Avec plusieurs personnes », « Non ». Pour effectuer l'ACM, nous avons redéfini les réponses en distinguant deux modalités : les usagers ayant une proximité avec les autres usagers et ceux qui ne l'ont pas. Le même recodage est effectué sur la question permettant de distinguer les liens de proximité avec les usagers Non-ADAR. De même, nous avons supprimé une modalité de la question relative au classement de la qualité ADAR comparativement à celle des concurrents. La réponse « Inférieure » à cette question posée est supprimée. Cette modalité représente 6 individus (1,2% de l'échantillon). Sa contribution aux deux principaux facteurs est très marginale (0,68 au facteur 1 et 1,7 au facteur 2). Son intégration dans l'ACM rend le plan factoriel principal peu illustratif, d'où son exclusion par commodité.

*F2. Réseau d'échange,
évaluation de la qualité et
fidélité*

Comportement-type B

Choix par défaut même si la confiance institutionnelle est mobilisée

- Choix orienté par le personnel du secteur social (caisse de retraite, mairies, EMS, mutuelles, EMS, ...)
- Ignorance des différences de qualité, usager isolé et inactif dans la transmission de la réputation
- mais usager fidèle
- Femmes moyennement dépendantes et seules. Faible prise en charge publique et privée

Pas de proximité avec les usagers ADAR

Pas de proximité avec usagers Non-ADAR

Personnel du secteur social

N'a pas recommandé ADAR

A changé de prestataire

Incapable à différencier les qualités

Choix par défaut

Adaptabilité: incertitude

Usager incertain

Professionnels de santé

Adaptabilité parfaite

Usager fidèle

Choix de confiance

Capable à différencier les qualités

Choix de réputation

*F1. Incertitude, choix et
diffusion de la réputation*

Comportement-type A

Choix éclairé fondé sur la confiance institutionnelle

- Choix orienté par le personnel de santé
- Usager informé sur les qualités et fidèle
- Pas de proximité avec les autres usagers mais actif dans la transmission de la réputation
- Femmes lourdement dépendantes, seules + Hommes lourdement dépendants en couple. Prise en charge publique et privée élevée

N'a pas changé de prestataire

A recommandé ADAR

Adaptabilité partielle

Proximité avec les usagers ADAR

Relations interpersonnelles

Proximité avec usagers Non-ADAR

Comportement-type C

Choix par défaut ou imposé même si la confiance relationnelle est mobilisée

- Choix orienté dans le cadre des relations interpersonnelles
- Incertitude complète et choix subi même si insertion dans le réseau d'échange
- Une proximité stérile avec les usagers
- Femmes faiblement dépendantes mais très âgées et seules. Faible prise en charge publique et privée

Comportement-type D

Choix éclairé fondé sur la confiance relationnelle

- Choix orienté dans le cadre des relations interpersonnelles
- Usager exigeant, volatil et incertain à reconduire le contrat de prestation.
- Usager actif et inséré dans le réseau d'échange
- Femmes faiblement dépendantes mais très âgées et seules + Hommes autonomes en couple. Faible prise en charge publique et privée

Pourcentage d'information par facteur

	<i>F1</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>
Pourcentage	21,23%	13,55%	12,36%
Cumul	16,03%	34,78%	47,14%

Coordonnées et contributions des modalités (en %)

<i>Modalités</i>	<i>Facteur 1</i>		<i>Facteur 2</i>	
	Absolue	Relative	Absolue	Relative
N'a pas changé de prestataire	1,58	0,05	0,16	0
A changé de prestataire	0,42	0,05	0,12	0,01
Usager fidèle: n'envisage pas de quitter ADAR	2,44	0,17	7,14	0,32
Usager incertain: possibilité de quitter ADAR pas exclue	3,84	0,16	11,84	0,32
Capable de différencier les qualités	13,26	0,44	1,41	0,03
Incapable de différencier les qualités	4,29	0,45	0,64	0,04
Adaptabilité partielle	1,29	0,06	3,72	0,12
Adaptabilité parfaite	2,1	0,08	17,82	0,47
Adaptabilité : incertitude	8,49	0,3	5,29	0,12
Relations interpersonnelles : tierce-personne est un proche	1,67	0,1	4,83	0,2
Professionnels de santé : la tierce-personne est un médecin, hôpital, ...	0,13	0	7,69	0,15
Personnel du secteur social : caisse de retraite, mairie, EMS, ...	3,43	0,14	1,43	0,03
Choix par défaut (Seul que je connais)	6,05	0,32	0,72	0,02
Choix de réputation	12,07	0,42	0,99	0,02
Choix de confiance	0,2	0	1,22	0,02
Choix imposé (par un proche, un financeur, une institution, etc.)	0,08	0	0,76	0,01
A recommandé ADAR à d'autres personnes	10,85	0,52	0,63	0,01
N'a jamais recommandé ADAR	9,67	0,53	0,48	0,01
Proximité avec les usagers ADAR	3,51	0,27	5,83	0,29
Pas de proximité avec les usagers ADAR	6,69	0,27	10,99	0,28
Proximité avec les usagers Non-ADAR	5,11	0,19	11,59	0,28
Pas de proximité avec les usagers Non-ADAR	2,71	0,26	4,57	0,28

Coordonnées et contributions des variables (valeurs absolues en %)

<i>Les variables</i>	<i>Facteur 1</i>	<i>Facteur 2</i>
Changement de prestataire (ou volatilité de l'utilisateur)	2,0	0,28
Fidélité au prestataire	6,28	18,98
Différenciation des qualités	17,55	2,05
Qualité adaptative	11,88	26,83
Réseaux sociaux	5,23	13,95
Motivation du choix	18,4	3,69
Diffusion de la réputation du prestataire	20,52	1,11
Proximité avec les usagers ADAR	10,2	16,82
Proximité avec les usagers Non-ADAR	7,82	16,16
Total	100%	100%

L'identité des deux axes du principal plan factoriel est construite par les variables ou les modalités dont les contributions absolues sont les plus élevées. Par ailleurs, pour affirmer qu'une variable ou une

modalité contribue davantage à un axe plutôt qu'à un autre, il convient de comparer ses contributions relatives. Pour interpréter les axes, nous analysons leur proximité avec les variables ou les modalités et pour une interprétation globale du plan, nous prenons en compte la proximité entre les variables et entre les modalités.

4.3.1. Le lien entre la différenciation qualitative, la nature du choix et la réputation

Au regard des contributions absolues, l'axe 1 est construit par trois principales variables. Leur contribution cumulée est d'environ de 60%. Il s'agit des questions sur:

1. La capacité des usagers à situer la qualité d'ADAR par rapport aux concurrents
2. La motivation du choix ADAR : cette variable définit les motivations qui ont poussé l'utilisateur à choisir ADAR plutôt qu'un autre prestataire. Deux motivations contribuent à la construction de l'axe 1 : le défaut d'information sur l'offre locale (choix par défaut) et la réputation de l'association ADAR. Les deux autres motivations du choix (confiance et autres) sont représentées sur un autre axe (axe 4) en dehors du plan principal
3. La diffusion de la réputation du prestataire ADAR : le fait de recommander ADAR à d'autres personnes, ce qui revient à diffuser sa réputation, suppose que l'utilisateur a une bonne appréciation de la qualité de ce prestataire.

Ces trois variables sont interdépendantes. Le lien entre la différenciation qualitative et la nature du choix est un lien de causalité. En effet, le choix de la personne âgée peut être un choix motivé ou un choix aléatoire selon qu'elle soit capable de différencier les qualités offertes ou non. Cette capacité détermine donc la nature de son choix. Ainsi, le choix motivé (choix de réputation ou de confiance) s'oppose au choix aléatoire (choix par défaut ou pour d'autres raisons)¹⁵⁹. La première forme caractérise les usagers capables de différencier les qualités et la deuxième forme est une caractéristique des usagers ignorant ces différences.

La deuxième interdépendance met en relation la nature du choix résultant de la capacité à différencier les qualités et le fait de recommander ADAR à d'autres personnes âgées. Les personnes ayant choisi ADAR pour sa réputation sont en général celles qui sont capables de produire une comparaison de sa qualité par rapport aux autres prestataires. La réputation sur laquelle est fondé leur choix est transmise aux autres personnes âgées à la recherche d'un prestataire. En revanche, les personnes dont le choix d'ADAR est

¹⁵⁹ Le choix pour d'autres raisons est essentiellement composé d'individus dont la prise en charge a été transférée directement vers ADAR par des partenaires. Il s'agit des usagers de trois associations et d'un CCAS dont la prise en charge nécessite des qualifications que ces prestataires ne disposent pas. Il s'agit donc plutôt d'un choix imposé.

sans motivations et de surcroît incapables de comparer la qualité de ce prestataire par rapport aux autres, seraient incapables de produire un argumentaire pour diffuser sa réputation. Nous constatons d'ailleurs, que la majorité (70%) des usagers dont le choix d'ADAR est un choix de réputation a conseillé ce prestataire à d'autres personnes et inversement, 64% des usagers dont le choix est « par défaut » ne l'ont pas conseillé à d'autres.

L'axe 1 isole donc deux types de population : à droite de l'axe, celle qui est capable de différencier les qualités offertes sur le marché locale, dont le choix d'ADAR est motivé par la réputation et qui a transmis cette réputation à d'autres personnes âgées. Sur le plan, cette population est identifiée par les comportements-types A et D. L'autre population se trouve à gauche de l'axe 1 identifiée par les comportements-types B et C. Ce sont des usagers qui sont incapables de différencier qualitativement les prestataires et dont le choix d'ADAR est un choix par défaut et qui n'ont jamais proposé ce prestataire à d'autres personnes.

4.3.2. Le lien entre la proximité entre les usagers, l'évaluation subjective de la qualité et la fidélité au prestataire

L'axe 2 est constitué de quatre principales variables. Il s'agit des questions relatives à :

1. L'appréciation de la qualité adaptative du prestataire ADAR
2. La fidélité au prestataire ADAR : nous n'avons retenu dans cette analyse que les individus souhaitant garder le prestataire et ceux incertains de le garder. Les individus souhaitant quitter le prestataire (6% de l'échantillon) ont été exclus pour des raisons de commodité d'analyse.
3. La proximité des usagers avec les usagers aidés par ADAR
4. La proximité des usagers avec les usagers aidés par d'autres prestataires

Cet ensemble de variables contribuent de 78% à la construction de l'axe 2. Les deux dernières variables, celles définissant la proximité des usagers y contribuent à plus de 33%. En additionnant les modalités liées à la nature de la tierce-partie (la personne qui a conseillé ADAR à l'utilisateur), la contribution monte à 45%. On peut donc qualifier cet axe de facteur identifiant l'insertion de la personne âgée dans les réseaux sociaux. Les deux autres variables constituant l'axe 2 renvoient au jugement porté sur la qualité adaptative du prestataire et à la conséquence de ce jugement sur l'avenir de la relation avec ce prestataire.

En bas de l'axe, nous retrouvons les usages d'ADAR qui partagent des liens de proximité avec d'autres usagers aidés par le même prestataire ou des usagers aidés par un autre prestataire. On peut les qualifier d'utilisateurs insérés dans le réseau d'échange d'ADAR. En haut de l'axe, nous retrouvons les utilisateurs isolés dans le sens où ils ne sont pas en relation avec les utilisateurs aidés par ADAR ou par un autre prestataire.

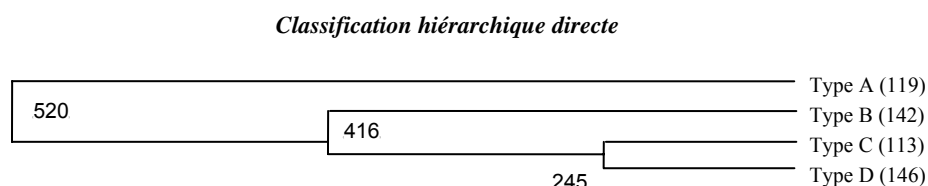
Nous constatons que le choix des personnes âgées isolées du réseau d'échange a été orienté par le personnel médical ou le personnel du secteur social, tandis que le choix des personnes insérées dans le réseau d'échange a été orienté dans le cadre des relations interpersonnelles.

L'axe 2 isole également en haut les usagers fidèles au prestataire ADAR et en bas les usagers incertains à lui renouveler leur confiance. Cette attitude vis-à-vis du prestataire découle de l'appréciation que font les usagers sur sa qualité adaptative. En effet, les usagers estimant parfaite la capacité adaptative du prestataire se trouvent en haut de l'axe se confondant avec les usagers fidèles. En bas de l'axe, nous retrouvons les usagers incertains à propos de la capacité adaptative du prestataire qui sont également ceux qui sont incertains à lui renouveler leur confiance. Les usagers qui estiment insuffisante la qualité adaptative du prestataire se trouvent également en bas de l'axe. Ils sont partagés entre la fidélité et l'incertitude à lui renouveler leur confiance : plus de 60% souhaitent reconduire le contrat et 31 % sont incertains.

En résumé, l'axe 2 isole deux types d'usagers : en haut, des usagers isolés du réseau d'échange, satisfaits de la qualité adaptative du prestataire et fidèles à ce dernier. Les comportements-types A et B caractérisent ces usagers. En bas de l'axe, des usagers insérés dans le réseau d'échange, incertains sur la qualité adaptative du prestataire ou d'au moins l'estimant partielle et enfin, des usagers incertains à garder ce prestataire. Ces usagers sont identifiés par le comportement-type C et D. Cet axe met en évidence le lien entre d'une part, l'évaluation sur la qualité adaptative et ses conséquences sur la relation de service et d'autre part, la proximité entre les usagers et la nature de la tierce-partie qui a recommandé ADAR à l'utilisateur.

4.3.3. Les quatre comportements types dans l'incertitude

L'analyse factorielle nous permet d'identifier quatre types de choix des personnes âgées que l'on peut représenter par la classification hiérarchique suivante.



Le comportement-type A : choix éclairé d'un usager fidélisé par la confiance institutionnelle

C'est le profil d'une personne qui a choisi le prestataire par l'intermédiaire du personnel de santé. Ces personnes affirment être capables de comparer les qualités offertes sur le marché et estiment ne pas avoir de difficultés à s'informer sur les qualités. Ce sont donc, *a priori*, des usagers informés. En réalité, c'est le personnel de santé qui leur a apporté l'information pertinente sur la qualité, ce qui leur a permis d'opérer un choix éclairé. La confiance en ces tierces-personnes est le principal motif du choix selon leurs affirmations. On peut donc supposer que cette confiance institutionnelle triangulaire entre le prestataire, le personnel de santé et l'utilisateur est le fondement même de la relation de service. Ceci ressort de l'enquête puisqu'en se projetant dans l'avenir, ces usagers estiment que le prestataire est parfaitement capable d'adapter les prestations à l'évolution de leur besoins. Ce jugement positif sur la qualité adaptative du prestataire fait de ces personnes âgées des usagers fidèles.

Il faut noter néanmoins que ces personnes n'ont aucun repère externe sur la qualité réelle du prestataire, hormis l'information obtenue auprès du personnel de santé. En fait, elles n'ont aucun contact avec d'autres personnes âgées aidées à domicile et n'ont connu aucun autre prestataire. Leur jugement sur la qualité du prestataire est donc forcément un jugement effectué dans l'isolement, c'est-à-dire sans s'imprégner de l'expérience des autres ou de leurs propres expérimentations passées. L'absence des repères externes ne leur donne pas la possibilité d'une évaluation comparée de la qualité de leur prestataire.

Sociologiquement, ce type d'utilisateurs est composé majoritairement des femmes âgées de plus de 85 ans, lourdement dépendantes et qui vivent seules. On y trouve également des hommes (environ un quart), généralement moins âgés que les femmes (moins de 70 ans) mais lourdement dépendants et qui vivent avec un conjoint. Ce profil d'utilisateurs dépendants bénéficie d'une aide à domicile d'un niveau élevé par rapport à la moyenne de l'échantillon. Ils bénéficient également d'une aide des proches assez régulièrement (il s'agit des types B et C des profils sociologiques présentés dans le chapitre V, section 2, page 302).

Comportement-type B : choix par défaut d'un usager incertain même si la confiance institutionnelle est mobilisée

Ce type d'utilisateur est en général orienté vers le prestataire actuel par la caisse de retraite, la mairie ou les équipes médico-sociales. En général, ce personnel, dit du secteur social, met à la disposition des personnes âgées une liste de prestataires agréés et référencés comme partenaires. Mais souvent, comme le notent Campéon et Le Bihan (2006), il existe des pratiques de transmission et de concertation « informelles » entre le personnel du secteur social et les prestataires. En effet, les personnes âgées sont orientées vers les structures avec qui ce personnel a l'habitude de travailler. Dans ce cas, ce personnel

effectue le choix d'un prestataire à la place de l'utilisateur ou du moins l'influence et cela sur la base des critères subjectifs.

Les personnes âgées appartenant à ce profil affirment ne pas connaître les différences de qualité entre les prestataires concurrents. D'ailleurs, le choix est motivé par le fait que ces personnes ne connaissent aucune autre structure d'aide à domicile. En ce sens, leur choix est effectué plutôt par défaut et dans l'ignorance des différences de qualités. Concernant la qualité adaptative du prestataire, ces usagers en sont incertains. Le fait qu'ils n'ont jamais changé de prestataire et n'ont aucun contact avec d'autres usagers ne leur permet pas de comparer la qualité de leur prestataire à celle des autres. Cette ignorance se traduit dans les faits par l'incertitude à reconduire le contrat de prestation puisque la majorité de ces usagers n'est pas sûre de le faire.

Ce type d'usagers est composé essentiellement des femmes moyennement dépendantes qui vivent seules et âgées de moins de 80 ans. Ces femmes bénéficient en générale d'une faible prise en charge de leurs besoins. Leur prestation est équivalente à 3 heures par semaine. De même, elles ne bénéficient quasiment pas de l'aide des proches. Nous trouvons également dans ce profil des femmes lourdement dépendantes, seules et très âgées. Elles représentent environ un quart de ce profil. Ces femmes fragiles bénéficient d'une prise en charge professionnelle et d'une aide des proches d'un niveau relativement élevé.

Comportement-type C : choix par défaut d'un usager volatil et incertain même si la confiance relationnelle est mobilisée

Le choix de l'utilisateur apparentant à ce profil est effectué dans le cadre de ses relations privées en faisant confiance à des tierces-personnes proches. En revanche, la majorité de ces usagers affirment ne pas connaître les différences de qualités entre les prestataires. Selon leurs affirmations, ils ont choisi le prestataire par défaut ou parce qu'ils ont été orientés vers ce dernier sans avoir vraiment le choix¹⁶⁰.

Les usagers volatils sont surreprésentés dans ce profil puisqu'ils sont nombreux à avoir changé de prestataire. Ce sont donc des usagers qui ont expérimenté les services fournis par d'autres prestataires. Cette expérimentation devrait normalement leur permettre d'avoir des repères comparatifs à propos de l'offre. Ce profil est également celui d'une personne qui est en contact avec d'autres personnes âgées aidées par le même prestataire ou par d'autres prestataires. Cependant, cette proximité et l'expérience individuelle n'ont pas permis à l'utilisateur de se faire une opinion sur la qualité de son prestataire comparée à celle des concurrents, car ces usagers ignorent si les prestataires se différencient qualitativement ou non. D'ailleurs, pour la majorité d'entre eux l'information sur la qualité est difficile à trouver voire impossible

¹⁶⁰ C'est le cas des usagers qui ont choisi ADAR parce que leur salarié habituel a été recruté par cette association, ceux qui ont été transférés vers cette association par une décision administrative ou ceux qui estiment ne pas avoir demandé leur opinion quand la tierce-personne a effectué le choix du prestataire ADAR.

selon leurs affirmations. S'agissant de la qualité adaptative de leur prestataire, ils la jugent insuffisante, ce qui a pour conséquence leur incertitude à reconduire le contrat de prestation.

Le profil sociologique de ce type d'utilisateurs est dominé par des femmes autonomes ou faiblement dépendantes mais qui sont très âgées. Plus de 75% sont âgées de plus de 80 ans et 30% de plus de 85 ans. Leur prise en charge est très faible et ne dépassant pas 2,5 heures de service par semaine. L'aide des proches est également faible puisque la majorité de ces personnes n'en bénéficient pas ou rarement.

Le comportement-type D : choix éclairé d'un utilisateur exigeant, volatil et fidélisé à travers la confiance relationnelle

Ce profil est celui d'une personne âgée qui a effectué son choix par l'intermédiaire d'un proche à qui elle a fait confiance. Certes, le choix s'appuie sur cette confiance relationnelle mais il est motivé par la réputation du prestataire. Autrement dit, l'utilisateur choisit son prestataire au regard de sa qualité et non pas seulement au regard de la confiance qu'elle accorde à la tierce-personne. En ce sens, c'est un utilisateur vigilant et qui est capable de peser le pour et le contre lors de la prise de décision.

Ces utilisateurs estiment que la qualité adaptative du prestataire est partielle, mais cela ne veut pas dire qu'ils envisagent systématiquement de rompre le contrat. En effet la moitié de ces utilisateurs est fidélisée et l'autre moitié est incertaine à renouveler le contrat avec le prestataire. Cette dernière catégorie est donc la plus exigeante à propos de la qualité du prestataire. Leur fidélisation semble être conditionnée par l'effort que devra faire ce dernier pour leur garantir une adaptation de la qualité. Concernant les utilisateurs déjà fidélisés, ils le sont à travers cette confiance relationnelle mais cette confiance est conditionnée par la qualité. Le fait d'avoir changé plusieurs fois de prestataires signifie qu'ils sont exigeants à propos de la qualité. Ces utilisateurs volatils peuvent donc adopter un comportement de défection si leur exigence n'est pas satisfaite. Ce risque sur la stabilité de la relation de service est potentiel dans la mesure où ces utilisateurs affirment être capables de différencier qualitativement les prestataires. Cette capacité est le résultat de leurs propres expériences mais aussi du fait qu'ils sont en interaction avec d'autres utilisateurs. Ceci qui suppose qu'ils échangent leurs jugements sur la qualité des prestataires.

L'interaction avec d'autres personnes aidées à domicile est une source d'information sur le prestataire, ce qui accroît leur capacité à juger sa qualité voire même à le « discriminer » en agissant sur sa réputation. En ce sens, ces utilisateurs sont actifs dans le réseau d'échange. D'ailleurs, 70% d'entre eux ont recommandé le prestataire à d'autres personnes. Même ceux qui sont les plus incertains à reconduire le contrat avec le prestataire sont deux tiers à l'avoir conseillé à d'autres. Ceci montre que la confiance relationnelle même si elle est conditionnée par la qualité adaptative occupe toujours une place importante dans leurs jugements.

Ce type d'usagers exigeants et potentiellement volatils est composé en grande partie de femmes et d'hommes faiblement dépendants ou autonomes. Les femmes sont très âgées et vivent seules tandis que les hommes sont moins âgés et vivent en couple. Le fait que ces usagers soient relativement autonomes suppose qu'ils peuvent invoquer la menace de rupture si la qualité n'est pas adaptée et cela sans être un poids à leurs proches. D'ailleurs, ces personnes vivent à leur domicile sans aucune aide des proches pour la majorité d'entre elles. L'exigence et la volatilité de ce type d'usagers s'expliquent donc aussi par leur situation socio-sanitaire.

4.3.3. Les risques sur la stabilité de la relation de service

L'analyse factorielle nous a permis de montrer que le comportement des usagers face à l'incertitude est différent. Une partie d'entre eux arrive à effectuer un choix raisonné en présence de l'incertitude sur la qualité. Par ailleurs, ces mêmes usagers doivent affronter un autre type d'incertitude qui resurgit après le déroulement de la relation de service. Il s'agit de l'incertitude sur la qualité adaptative du prestataire. Cette forme d'incertitude est un risque sur la stabilité de la relation de service dans le sens où elle peut se traduire par un échec. En effet, plus de 35% des personnes âgées n'excluent pas la possibilité de quitter le prestataire actuel si la qualité n'est pas adaptée à l'évolution de leur besoins.

Une catégorie des personnes âgées présente donc un risque potentiel de défection. C'est ce risque sur la stabilité de la relation de service qui nous intéresse ici. L'AFCM précédente nous a permis de mettre en évidence le lien entre le comportement de défection et certaines caractéristiques de ces usagers incertains. Mais nous ne connaissons pas quelles sont les caractéristiques les plus influentes sur le comportement de défection. Il nous est donc apparu important de mesurer le poids de ces caractéristiques dans le risque de défection. A l'aide d'une régression logistique, nous poursuivons l'objectif de prédire l'incertitude sur la stabilité de la relation de service selon un certain nombre de variables. Plus précisément, il s'agit de mesurer la probabilité d'être incertain à renouveler le contrat de prestation (variable expliquée) en fonction de deux types de variables explicatives : variables comportementales et variables sociologiques.

Tableau 35. Les déterminants de l'incertitude à changer de prestataire

Teste des variables comportementales				Teste des variables sociologiques			
Modalité	Coeff.	Signif.	Odd-ratio	Modalités	Coeff.	Signif.	Odd-ratio
Incertitude sur la qualité adaptative	1,083	***	2,953	Profil sociologique A	- 0,102	ns	0,693
A changé de prestataire	0,539	*	1,714	Profil sociologique B	- 0,119	**	0,603
Capacité à différencier les qualités	- 0,520	*	0,595	Profil sociologique C	- 0,881	***	0,349
Tierce personne : un proche	0,157	ns	1,170	Profil sociologique D	- 0,749	***	0,465
Tierce personne : un professionnel de santé	- 0,233	ns	0,792				
Choix de réputation	0,020	ns	1,020				
Choix de confiance	- 0,361	ns	0,697				
Choix imposé	0,880	**	2,410				
A recommandé ADAR aux autres personnes	- 0,500	**	0,606				
Proximité avec les usagers aidés par ADAR	0,107	ns	1,113				
Pas de proximité avec les usagers Non-ADAR	0,448	*	1,565				

Lecture : les personnes qui ont changé de prestataire sont 1,7 fois incertains à garder le prestataire actuel. Ceci revient à dire que la probabilité d'être incertain à reconduire le contrat de prestation chez ces personnes est de 71% (1 - Odds-ratio).

Degré de significativité : *** significatif à 99 % ; ** significatif à au moins 95 % ; * significatif à au moins 90 % ; ns : Non significatif

Remarque sur le modèle de régression logistique

Le modèle est construit sur les données de l'enquête à l'aide du logiciel Modalisa. Afin de mesurer la probabilité de défection de l'utilisateur (ou probabilité d'instabilité de la relation de service), nous avons choisi les variables qui nous semblent les plus pertinentes. Dans un premier temps, nous avons testé les variables comportementales et dans un second temps les variables sociologiques.

L'analyse des déterminants de la stabilité de la relation de service est effectuée au moyen d'un *Logit* dichotomique. Pour chaque variable pouvant influencer cette stabilité, son impact est mesuré par rapport à une situation de référence. L'impact des différentes variables est calculé « toutes choses étant égales par ailleurs », c'est-à-dire sans prendre en compte dans le modèle l'effet des autres variables. Le sens du coefficient estimé indique le sens d'influence de la variable estimée sur la probabilité que l'utilisateur soit incertain à garder son prestataire. Un coefficient est positif signifie que la probabilité de l'incertitude augmente avec cette variable.

Situation de référence dans le teste des variables comportementales

Elle correspond à une personne qui présente les caractéristiques suivantes : n'avoir jamais changé de prestataire ; incapacité à différencier les qualités offertes sur le marché local ; qualité adaptative du prestataire jugée parfaite par cet usager ; le choix du prestataire est orienté par le personnel du secteur social ; le prestataire est choisi par défaut ; l'utilisateur n'a jamais recommandé le prestataire à d'autres personnes et ne connaît aucun usager aidé par ce prestataire ou par un autre prestataire.

Situation de référence dans le teste des variables sociologiques

Parmi les profils sociologiques issus de l'analyse factorielle présentée dans le chapitre V, nous avons pris comme situation de référence le profil de *Type E* : femmes faiblement dépendante, âgée de plus de 80 ans, seule et ne bénéficiant pas d'aide des proches ou rarement. Sa prise en charge est financée par la caisse de retraite, la réduction d'impôts sur le revenu ou par un financement privé.

Les profils sociologiques testés : (voir le point 2.2 du chapitre V, page 301)

Le profil A : homme âgé de moins de 80 ans qui vit avec un conjoint. Il est faiblement dépendant ou autonome. Il ne bénéficie pas d'aide des proches et son aide professionnelle est faible (inférieure à 3 heures par semaine). La prise en charge des besoins de cet usager est généralement financée à travers la défiscalisation du revenu ou par sa caisse de retraite.

Le profil B : femme lourdement dépendante, âgée de plus de 80 ans et qui vit seule. Elle bénéficie souvent d'une aide des proches et la prise en charge de sa dépendance est financée par l'APA pour un service de 8 heures par semaine, soit un volume horaire 1,6 fois supérieur à la moyenne de l'échantillon.

Le profil C : homme lourdement dépendant âgé de moins de 80 ans et vivant avec un conjoint. Il bénéficie d'une aide des proches régulièrement et de 7,7 heures de services d'aide à domicile fournis par un professionnel. Sa prise en charge est financée par l'APA.

Le profil D : femme faiblement dépendante âgée de moins de 80 ans et qui vit seule. Elle ne bénéficie pas d'aide des proches ou rarement. Le service d'aide à domicile dont elle bénéficie est faible et équivalent à 3 heures par semaine. Ce service est financé à travers la défiscalisation du revenu, la caisse de retraite ou par des ressources privées.

4.3.3.1. Les variables comportementales influentes sur la stabilité de la relation de service

Parmi les 19 variables comportementales testées, six paraissent statistiquement les plus significatives.

L'incertitude sur la qualité adaptative du prestataire est le risque le plus important à la stabilité de la relation de service

Selon le modèle de régression logistique, la qualité adaptative est la variable la plus significative de la stabilité de la relation de service. La reconduction du contrat de prestation dépend du jugement de l'utilisateur sur la capacité du prestataire à adapter la qualité compte tenu de l'évolution de ses besoins. Les utilisateurs qui sont incertains sur cette qualité sont aussi les plus incertains à renouveler le contrat. Le risque de défection est 3 fois supérieur chez ces utilisateurs comparativement à ceux qui jugent positivement la qualité adaptative du prestataire.

La probabilité de défection est plus élevée chez les personnes ayant déjà expérimenté d'autres prestataires

L'incertitude à reconduire la relation de service augmente chez les utilisateurs qui ont expérimenté plusieurs prestataires. Le risque de défection est supérieur de 71% chez ces utilisateurs que chez ceux qui n'ont jamais changé de prestataire. L'expérience nourrit donc le comportement volatil de l'utilisateur. Peut-être qu'avec l'expérience, ces utilisateurs se rendent compte que finalement changer de prestataire n'est pas un risque à leur équilibre social. Mais comme nous l'avons déjà vu avec l'analyse factorielle précédente, ces utilisateurs volatils sont aussi des utilisateurs relativement autonomes. La rupture de la relation de service pour reconstruire une nouvelle avec un autre prestataire est moins problématique pour ces personnes que pour les personnes dépendantes.

La capacité à différencier qualitativement les prestataires réduit le risque de défection

Les utilisateurs qui connaissent les différences de qualité entre les prestataires sont moins incertains à renouveler le contrat de prestation que ceux qui ignorent ces différences. La probabilité de l'incertitude chez ces utilisateurs est de 68% inférieure à celle des utilisateurs qui sont incapables de différencier qualitativement les prestataires. Cela peut s'expliquer par le fait que les premiers considèrent leur prestataire actuel comme étant le meilleur sur le marché. On peut aussi interpréter ce résultat autrement : le fait de se différencier qualitativement des autres prestataires peut accroître le taux de fidélité des utilisateurs. En effet, la différenciation qualitative suppose que les utilisateurs choisissent leur prestataire parce qu'ils connaissent sa qualité. Ils continueront à lui faire confiance tant que cette qualité pour laquelle ils l'ont choisi ne se détériore pas.

Le choix imposé augmente la probabilité de défection

Les personnes qui ont été orientées vers le prestataire ADAR contre leur gré ou sans les avoir consulté sont les plus incertaines à le garder. La probabilité d'incertitude à renouveler le contrat est 2,5 fois supérieur chez ces personnes par rapport aux personnes qui ont choisit le prestataire parce qu'elles ne connaissent pas d'autres prestataires (choix par défaut comme variable de référence). Le modèle montre que le choix de confiance réduit la probabilité de défection et inversement, le choix pour la réputation augmente cette probabilité. Certes, la probabilité de ces deux variables ne sont pas significatives (au regard de Khi 2), par ailleurs on peut interpréter son sens, autrement dit, le fait qu'elle augmente ou qu'elle diminue. Ainsi, la probabilité d'être incertain à reconduire la relation de service baisse quand le choix de l'utilisateur est motivé par la confiance et augmente quand il est motivé par la réputation du prestataire. Le choix de confiance est celui d'un usager orienté par un professionnel de santé tandis que le choix de réputation est celui d'un usager orienté par un proche (cf. l'analyse factorielle précédente). Cela signifie que la probabilité de défection diminue quand le choix est orienté par le personnel de santé et augmente quand il est orienté par un proche.

Les personnes qui ont diffusé la réputation du prestataire sont moins incertaines à reconduire le contrat avec le prestataire

On peut considérer que les personnes qui ont conseillé le prestataire ADAR à d'autres personnes sont aussi des personnes qui font confiance à ce prestataire. Cette confiance renforce la fidélité de l'utilisateur et par conséquent elle le prédispose à diffuser la réputation de son prestataire. La probabilité d'être incertain à reconduire le contrat de prestation est inférieure de 40% chez ce type d'utilisateurs comparativement à ceux qui n'ont jamais diffusé la réputation du prestataire auprès d'autres personnes.

L'interaction entre les usagers fait augmenter le risque de défection

Le contact de l'utilisateur client d'ADAR avec un autre usager aidé par un prestataire autre qu'ADAR fait augmenter l'incertitude à renouveler le contrat de prestation. Ce risque est majoré de 56% par rapport à un usager qui n'a pas de contacts avec les utilisateurs clients d'un autre prestataire. Cela suppose que cette proximité introduit des jugements négatifs à propos de la qualité du prestataire ADAR ou des jugements positifs sur la qualité de ses concurrents. L'interaction avec les utilisateurs aidés par un prestataire concurrent peut conduire l'utilisateur à modifier ses propres jugements à propos de la qualité de son prestataire et de l'inciter au final à envisager la défection. L'effet mimétique peut également expliquer ce comportement.

Par ailleurs, l'interaction entre les usagers clients du même prestataire renforce leur fidélité envers ce dernier¹⁶¹.

3.2.2.2. Les variables sociologiques influentes sur la stabilité de la relation de service

La régression logistique sur les variables sociologiques permet d'identifier les caractéristiques sociodémographiques de l'utilisateur incertain à reconduire la relation de service avec son prestataire. Les variables explicatives testées dans ce modèle sont les profils sociologiques issus de l'analyse factorielle du chapitre V.

Le modèle montre que les profils B, C et D sont ceux dont le risque de défection est faible par rapport au profil E. Comparativement à celui-ci, la probabilité d'être incertain à renouveler la confiance au prestataire baisse de 40% chez le profil B, de 65% chez le profil C et de 54% chez le profil D. Comme l'a montré l'analyse factorielle précédente, ces derniers sont au contraire des usagers fidèles, notamment le profil C et D.

L'utilisateur potentiellement volatil appartient donc essentiellement au profil E. En général, c'est le profil d'une femme âgée de plus de 80 ans mais qui vit en bonne santé. Elle est faiblement dépendante et ne bénéficie jamais de l'aide des proches (voir l'encadré ci-dessus). La situation sanitaire est la plus déterminante dans l'incertitude à reconduire la relation de service avec le prestataire actuel. Le fait d'être autonome peut permettre à ces femmes de faire seule la démarche de changer de prestataire, contrairement aux personnes dépendantes qui seraient incapables de la faire sans l'aide d'une autre personne. Le comportement de défection de ces femmes peut être également favorisé par leurs jugements sur la qualité adaptative du prestataire. En effet, la proportion des personnes incertaines à propos de cette qualité ou l'estiment comme étant insuffisante est la plus élevée dans le profil E comparativement aux autres profils.

Ce comportement de défection peut également être expliqué par la faible prise en charge financière de la demande exprimée par ces femmes. En effet, elles bénéficient de 2,5 heures d'aide par semaine en moyenne. Il se peut que le différentiel de prix entre le mode de gré à gré le mode prestataire incite ces femmes faiblement aidées à envisager de salarier une personne à domicile plutôt que de continuer la relation de prestation.

A travers ces régressions logistiques, il est établi que l'incertitude sur la qualité adaptative est le principal facteur de la stabilité de la relation de service d'aide à domicile. Cette incertitude est plus marquante chez

¹⁶¹ Là aussi la probabilité n'est pas significative, mais c'est le sens de cette probabilité qui nous intéresse.

les femmes octogénaires faiblement dépendantes. Cela confirme notre hypothèse sur l'approche dynamique qu'adoptent ces usagers lors de l'évaluation de la relation avec leur prestataire. En intégrant l'évolution de leurs besoins et la capacité du prestataire à adapter la qualité, ils s'interrogent sur le bien fondé de reconduire cette relation. D'autres facteurs interviennent dans la décision de garder ou de changer de prestataire. La possibilité de trouver un autre prestataire de meilleure qualité est l'un de ces facteurs. Le modèle montre que l'incertitude à reconduire la relation augmente de 66% avec l'incapacité à différencier les prestataires. Ceci pose un problème fondamental au fonctionnement de ce marché : si l'incertitude qualitative peut être surmontée dans la mesure où les acteurs peuvent s'engager dans une relation de service, cette relation est cependant potentiellement instable. L'effet de l'incertitude qualitative ne doit pas être circonscrit au début de l'échange comme c'est le cas dans les modèles de la théorie standard. Son effet, en ce qui concerne l'aide à domicile, est dynamique dans le sens où il apparaît après le déroulement de la relation (de l'échange). De plus, la proximité entre les usagers peut nourrir cette dynamique. Le modèle montre que la proximité fait augmenter la probabilité de défection. Cela signifie que l'interaction dans les réseaux d'échange a de fortes chances de modifier les jugements qu'ont les usagers sur la qualité de leur prestataire.

Ainsi, l'incertitude sur la qualité peut être surmontée pour permettre l'échange, mais elle est toujours présente au cours de celui-ci. Elle se manifeste avec plus d'acuité quand la relation est vouée à la durée. Sa stabilité ne dépend pas seulement de l'accord préalable à l'échange, autrement dit de la qualité signalée avant l'échange, mais aussi des anticipations sur la valeur de cette qualité dans le futur. De plus, si l'incertitude isole les acheteurs au moment du choix, elle fait émerger des interactions entre eux au cours de l'échange. Elles sont susceptibles d'influencer leurs anticipations sur la qualité achetée et donc sur leur comportement vis-à-vis du fournisseur.

CONCLUSION DU CHAPITRE VI

La jonction entre les différents réseaux d'échange peut s'accompagner par l'introduction de repères comparatifs au sein de ces réseaux. L'utilisation de ces repères par les usagers conduit à incorporer les différences de qualités dans le processus de formation de la réputation des prestataires. Le marché de l'aide à domicile est donc un marché où la concurrence s'effectue directement par les réputations, lesquelles réputations sont construites essentiellement dans les relations interpersonnelles. La formation de ces réputations suit un processus complexe dont le point de départ est la confiance accordée par les usagers aux intermédiaires de la relation de services (tierce-partie). Cette confiance est constamment mise à l'épreuve à deux niveaux : 1) l'expérimentation de la qualité du prestataire au cours de la relation de service ; 2) le recours aux expériences des autres véhiculées dans les discours-jugements. La participation de l'utilisateur à un réseau d'échange le conduit donc à partager sa propre expérience avec celle des autres. Les évaluations des uns peuvent être influencées par celles des autres. Ce processus d'ajustement peut conduire donc à la formation de jugements communs. La reconduction de la confiance que l'utilisateur accorde à son prestataire dépend de l'évolution de ces jugements communs. Concrètement, la décision de la personne âgée de quitter ou de garder son prestataire peut être influencée par ce que pense la majorité des usagers à propos de sa qualité. Donc elle dépendrait de la réputation dont jouit ce dernier au sein de son réseau d'échange.

La réputation construite à travers les jugements impacte ainsi la fidélité des usagers pour leur prestataire. Cet impact est beaucoup plus large. Puisque les usagers sont des transporteurs de la réputation de leur prestataire, ils sont capables de la diffuser auprès d'autres personnes âgées externes au réseau d'échange. L'enquête a montré que cette activité des personnes âgées est importante puisque presque un usager sur deux a recommandé leur prestataire à d'autres personnes. Ainsi, la réputation agit directement sur la demande potentielle des prestataires. L'évolution de la réputation d'un prestataire entraîne, à terme, l'évolution de sa part de marché. Cette dynamique dépend de l'intensité des relations entre les usagers. La dégradation de la réputation peut être amplifiée avec l'effet du réseau.

Avec l'interconnexion des réseaux d'échange, la réputation des prestataires peut faire l'objet d'une diffusion plus large. Ceci dépend du nombre d'utilisateurs aidés par des prestataires différents, autrement dit, des utilisateurs assurant la connexion entre les différents réseaux. L'enquête a montré qu'environ 28% des utilisateurs d'ADAR sont en contact avec les utilisateurs aidés par d'autres prestataires. Cette interconnexion des réseaux permet l'introduction au sein du réseau ADAR de nouvelles informations sur la qualité des autres prestataires. Ceci rend désormais possible la comparaison de la qualité du prestataire ADAR avec celle des concurrents. La réputation d'ADAR peut se renforcer ou se dégrader suite à l'introduction de ces

repères comparatifs sur la qualité. Par conséquent, une grande partie des usagers d'ADAR peuvent différencier les qualités entre les prestataires à l'aide des réputations qui circulent au sein des réseaux d'échange.

Les interactions entre les usagers contribuent donc à construire socialement les qualités. Par conséquent, elles structurent la concurrence sur le marché local. Dans ce modèle de concurrence, la qualité est associée à la réputation du prestataire. Cette notion de réputation est une notion plus large incluant l'ensemble des qualités du service d'aide à domicile. L'aspect composite de la qualité du service se trouve sans doute réduit par la notion de la réputation. Cependant, les usagers ont besoin de repères qualitatifs facilement interprétables afin d'opérer leur choix. La réputation construite par des jugements partagés leur offre ces repères même si elle ne paramètre pas la qualité des services en concurrence. Il s'agit donc d'un outil qui permet aux usagers de se faire une idée sur le marché, en rendant plus visibles les différenciations qualitatives. Loin de classer les prestataires par niveaux de qualité, la réputation fondée sur les jugements personnels partagés dans un réseau, permet de lever, au moins partiellement, l'incertitude sur la qualité. Elle autorise ainsi l'échange sur ce marché en introduisant des différenciations subjectivement construites mais collectivement partagées. Par ailleurs, il est utile de préciser que la réputation dans l'aide à domicile est aussi soutenue par d'autres dispositifs institutionnalisés ou non. On peut citer ces quelques exemples :

- Le référencement des prestataires par les institutions financeurs de l'aide à domicile : dans le réseau d'échange, on parle de prestataires partenaires.
- L'agrément qualité : les acteurs locaux distinguent les prestataires agréés et les prestataires non agréés.
- La norme Afnor et les certifications : ces signes de qualité sont des investissements de formes qui renforcent la réputation du prestataire et rend visibles les différences de qualité.
- Les démarches de qualité sous forme d'engagements contractuels entre les prestataires et l'Etat : pour que ces démarches produisent un effet sur leur réputation, il faut qu'elles soient rendues publiques. C'est le cas de plusieurs prestataires qui en font mention dans leurs supports d'informations. Les financeurs, notamment les caisses de retraites, relayent aussi l'information auprès des bénéficiaires de leurs allocations.
- Les partenariats avec les principaux acteurs locaux entretenus et mis en avant par les prestataires comme un gage de professionnalisme et de qualité. Il s'agit de partenariats dans le cadre du schéma local de prise en charge de la dépendance ou dans le cadre de la professionnalisation du métier de l'aide à domicile.

Il est vrai que sur des marchés fonctionnant avec la logique de réseaux et la logique de jugements, il est difficile aux fournisseurs de faire valoir leur avantage qualitatif (Karpik, 1996). Le poids des jugements

subjectifs limite leur capacité à influencer le fonctionnement des réseaux. Avec les exemples que nous avons cités plus haut, on voit bien que dans l'aide à domicile, les prestataires disposent de certains moyens leur permettant de promouvoir leurs réputations. Ainsi, pour contourner les contraintes qui empêchent les différenciations de qualité (unicité des prix et insuffisance de signes de qualité), les prestataires empruntent d'autres voies, institutionnelles ou informelles, conduisant à affirmer leurs différenciations.

CONCLUSION DE LA PARTIE III

La majorité des personnes âgées ignorent les différences entre les qualités offertes sur le marché

A travers l'enquête auprès des personnes âgées, nous avons pu vérifier le fait que ces dernières ignorent les différences de qualité entre les prestataires locaux. Plus de 75% des personnes interrogées sont dans cette situation. A partir de ce constat, on peut donc affirmer que l'incertitude sur la qualité dans ces services existe. Cela démontre aussi que le « libre choix » de l'usager est une notion très relative dans ces services. Cette incertitude provient, nous semble-t-il, du manque de différenciation qualitative des prestataires. En réalité, les organisations sont de qualités différentes mais cette différenciation est difficilement observable par les usagers. S'agit-il d'une volonté des prestataires de ne pas signaler leur qualité ? Autrement dit, s'agit-il d'un comportement stratégique de leur part afin d'engranger une rente informationnelle comme le laisse entendre les modèles d'asymétrie informationnelle ? Notre réponse est plutôt non. En effet, il nous semble que ce manque d'information sur la qualité est dû à l'insuffisance d'outils d'évaluation de cette qualité. En d'autres termes, comme le note Karpik (1989), cela provient de l'absence de dispositifs publics permettant d'informer les usagers sur la qualité des prestataires. L'agrément qualité est un de ces dispositifs. Mais son rôle se limite à garantir un certain niveau de qualité et non pas à classer les prestataires selon leur qualité.

Pourtant, les usagers arrivent à effectuer un choix raisonné

L'incapacité des usagers à différencier les prestataires suppose que leur « choix » est effectué dans l'ignorance des qualités. Notre enquête infirme cette hypothèse. Plus exactement, elle montre qu'une grande partie des usagers, environ 98%, sont orientés dans leur choix par une tierce personne, qui peut être une personne appartenant à son entourage familial, au secteur médical ou au secteur social. L'information sur la qualité des prestataires est donc trouvée chez ces tiers. Autrement dit, le choix de la personne âgée est effectué dans le cadre des réseaux d'échange au sens de Karpik (id.). C'est dans ce sens que nous pouvons considérer le choix d'une grande partie des usagers comme un choix de confiance et raisonné plutôt qu'un choix aléatoire.

Le fait de pouvoir effectuer un choix dans un marché où la qualité des offreurs est incertaine ne veut pas dire que cette incertitude est complètement levée. L'introduction de la notion du temps dans la relation de service fait resurgir un autre type d'incertitude. Il s'agit de l'incertitude sur la qualité adaptative du prestataire choisi. Autrement dit, les usagers font confiance au prestataire choisi pour prendre en charge leur besoins immédiats, mais ils expriment un doute sur sa capacité à adapter la qualité à l'évolution de leurs besoins. Plus de deux tiers des personnes âgées interrogées ignorent si leur prestataire est capable

d'adapter la qualité ou pensent que sa capacité de l'adapté est insuffisante. Par ailleurs, plus de 78% des usagers n'envisagent pas de quitter leur prestataire même s'ils sont incertains sur sa qualité adaptative.

La fidélité de l'usager ne signifie pas une confiance aveugle accordée au prestataire

Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les usagers continuent à faire confiance au prestataire dans l'espoir que celui-ci fera l'effort nécessaire pour améliorer la qualité. Cette confiance est a priori fidélisant. Mais en réalité c'est une confiance conditionnelle. En effet, plus de la moitié des personnes incertaines sur la qualité adaptative du prestataire sont également incertaines à lui renouveler cette confiance, et 31% qui jugent partielle sa qualité adaptative sont également incertains à reconduire le contrat. Pour une partie des usagers, le renouvellement de cette confiance est donc conditionné par l'adaptation de la qualité à l'évolution de leurs besoins. La qualité adaptative semble donc être un élément important dans la stabilité de la relation de service avec ces personnes. Parmi les six dimensions de qualités que nous avons proposé aux personnes âgées de classer, la qualité adaptative arrive en deuxième position. Cela nous conduit à supposer que les personnes âgées adoptent une approche dynamique de l'évaluation de la qualité. Autrement dit, elles intègrent la dimension évolutive de leur besoins et la dimension adaptative du service dans leur jugement sur la qualité totale des prestataires et dans la décision de prolonger la relation de service.

La réputation comme construction collective de la qualité

Cet aspect dynamique de l'évaluation de la qualité est central dans l'analyse du fonctionnement du marché de l'aide à domicile. En effet, les prestataires ont intérêt non seulement à maintenir une certaine régularité de la qualité de leurs services mais aussi à l'adapter en incluant les attentes des personnes. Dans le cas échéant, il sera pénalisé par le marché en subissant une sanction des usagers. Mais, puisque la qualité n'est pas connue et n'est pas paramétrée, comment le marché peut signaler sa détérioration ou son amélioration ? Cette question résume la problématique de la concurrence par la qualité dans l'aide à domicile. Il nous semble que les prestataires sont différenciés qualitativement par leur réputation. Rappelons d'abord que ce marché fonctionne selon la logique de réseaux d'échange au sens de Lucien Karpik. La participation à ces réseaux conduit les usagers à produire des repères de qualité qui rend possible les comparaisons entre les prestataires. Il ne s'agit pas d'indicateurs de qualité proprement dit, mais des constructions sociales de celle-ci qui se traduisent sous formes de réputations. Cette notion mérite aussi d'être clarifiée. La réputation des prestataires de service de l'aide à domicile ne correspond pas à une quelconque marque ou enseigne. Au stade actuel de développement du marché, ces « standards » sont très peu présents dans le paysage de services d'aide à domicile. La réputation d'un prestataire correspond plutôt à son « image ». Comment celle-ci est construite et quel est son contenu ? La réputation du prestataire est construite dans deux niveaux :

- Le niveau des interrelations individuelles : les jugements que portent les usagers sur les prestataires sont diffusés dans le réseau d'échange à travers leurs relations privées. Ces jugements pointent les aspects positifs ou négatifs d'un prestataire.
- Le niveau de l'intermédiation entre les prestataires et les usagers : les intermédiaires diffusent et promeuvent la réputation des prestataires partenaires. Ainsi, un médecin ou un hôpital peut proposer à leurs patients un ou plusieurs prestataires référencés comme partenaires fiables. Une banque ou une mutuelle le fait également pour leurs clients. De leur part, les équipes médicales sociales du Conseil Général ou les services sociaux des mairies orientent les personnes âgées vers des prestataires agréés ou conventionnés.

Pour faire connaître le prestataire partenaire, les intermédiaires invoquent certains arguments comme le prix, l'efficacité, l'agrément, la norme, la diversité des services, le « sérieux », « l'éthique », etc. Les usagers eux aussi mettent en avant ce type d'arguments, ou invoquent des dimensions plus spécifiques et plus factuelles qu'ils ont pu apprécier à travers leurs expérimentations. Parmi ces dimensions, on peut citer les qualités relationnelles des employés, leur professionnalisme ou leur formation, la capacité du prestataire à entretenir la relation de proximité, le contrôle de celui-ci sur le travail des salariés, etc.

La réputation comme modèle de concurrence et comme support d'une menace de sanction crédible

La réputation d'un prestataire est donc construite sous formes de jugements qui circulent au sein du réseau d'échange. On peut l'associer à l'identité des partenaires du prestataire. Les réseaux construits autour du personnel médical véhiculent une réputation différente de ceux construits autour des assurances par exemple. Il peut donc exister autant de réputations que de réseaux d'échange. Ceci nous conduit à considérer que la concurrence dans le marché de l'aide à domicile est structurée par les réputations. L'efficacité de ce type de concurrence dépend de la capacité des usagers à sanctionner ou à récompenser les organisations selon leur réputation. Kreps (1991) démontre que si l'échange n'est pas répétitif- ce qui ne permet pas de sanctionner le comportement déviant de l'entreprise- l'équilibre Pareto-optimal ne sera pas atteint. Dans l'aide à domicile, c'est cet aspect temporel de l'échange qui est à la base de la crédibilité des menaces sur la réputation des prestataires. Les usagers peuvent protester directement auprès du prestataire si leur qualité a baissé, mais surtout ils sont capables de le sanctionner en signalant leur mécontentement aux autres usagers, à leur médecin, au financeur, au régulateur ou aux autres intermédiaires. Ce comportement peut être interprété comme une stratégie de « voice » au sens d'Hirschman (1974). Les prestataires doivent donc soigner leur réputation en maintenant une certaine régularité de la qualité et en intégrant les exigences de leurs clients.

La crédibilité de sanctionner le prestataire dépend de l'intensité des relations au sein du réseau d'échange. L'enquête a montré que près de 66% des personnes âgées aidées par le même prestataire se connaissent, et 27% connaissent d'autres personnes âgées aidées un autre prestataire. Cette proximité est surtout active dans la mesure où près d'une personne âgée sur deux a recommandé son prestataire à une autre personne âgée. L'insertion de la personne âgée dans un réseau d'échange contribue à réduire son manque de connaissance à propos des qualités offertes. En effet, près de 30% des personnes âgées aidées par le prestataire ADAR se connaissant entre elles arrivent à distinguer les différences de qualité, contre 20% des personnes ne connaissant aucune autre personne âgée. Cela montre que les relations entre les personnes âgées est une source d'information sur les qualités.

La mise en relation entre les caractéristiques socio-sanitaires des personnes âgées et leur insertion dans le réseau d'échange nous a permis d'identifier quatre comportement-types en situation d'incertitude :

- a) Les usagers dont le choix a été orienté par un professionnel de santé. Ces usagers ne partagent aucun lien avec d'autres usagers mais leur choix est considéré comme étant raisonné puisqu'ils sont capables d'identifier les différences de qualités. Ils ont choisi leur prestataire pour sa réputation. Ce sont également des usagers fidèles au prestataire et ayant diffusé sa réputation auprès d'autres personnes âgées.
- b) Des usagers dont le choix a été orienté par les caisses de retraites ou des institutions (Conseil Général, Mairie, etc.). Leur choix est motivé plutôt par la confiance accordée à ces institutions et cette confiance les a fidélisés. Ces personnes ne connaissent que leur prestataire et sont incapables de différencier les qualités des prestataires. Ils ne connaissent pas d'autres usagers et n'ont jamais recommandé leur prestataire pour une autre personne.
- c) Les usagers dont le choix a été orienté par un proche. Leur choix est motivé par la réputation du prestataire. Ce sont des personnes qui ont des liens avec d'autres usagers ce qui leur permet de connaître les différences de qualité offertes par les concurrents. Ces usagers ont diffusé la réputation du prestataire auprès d'autres personnes. Néanmoins, ils sont incertains sur la qualité adaptative de leur prestataire, exigeants et volatils.
- d) Les usagers dont le choix a été orienté par proche mais l'ayant choisi par défaut ou dont le choix est imposé par une tierce personne. Ces usagers sont incapables de différencier les qualités offertes par les prestataires, incertains sur la qualité adaptative de leur prestataire et sont incertains à lui renouveler leur confiance. Ce sont également des personnes qui n'ont jamais recommandé leur prestataire à d'autres personnes.

Cette typologie met en évidence le lien entre l'interaction dans le réseau d'échange et la capacité à différencier qualitativement les prestataires. Les personnes en interaction sont les plus aptes à savoir si leur prestataire est plus ou moins qualifié que les concurrents. Par conséquent, ils sont capables de décider de garder ou de changer de prestataire. D'autre part, il existe un lien entre le motif du choix et la fidélité au prestataire. Les usagers fidèles sont ceux qui ont été orientés dans leur choix par les acteurs institutionnels (personnel de santé et personnel du secteur social). Ceux qui ont été orientés par des proches sont plutôt volatils ou incertains à renouveler leur confiance au prestataire. De même, la qualité adaptative est le principal déterminant de la stabilité de la relation de service. Les usagers incertains sur cette qualité sont potentiellement volatils. Enfin, il existe un lien entre la connaissance des différenciations de qualité et la diffusion de la réputation du prestataire. Les usagers qui sont capables d'apprécier la qualité de leur prestataire par rapport à celle des concurrents sont plus nombreux à recommander ce dernier à d'autres personnes.

PARTIE IV

UN MODÈLE DE CONCURRENCE PAR LES RÉPUTATIONS ET UNE DIFFÉRENCIATION QUALITATIVE PAR LES CONVENTIONS

INTRODUCTION

Dans la partie I de cette thèse, nous avons vu que le marché de l'aide à domicile se développe même si certains problèmes liés à la coordination existent toujours. L'évolution sociodémographique de la population et la régulation publique sont des facteurs incitatifs à ce développement. Dans la partie II, en introduisant l'hypothèse de l'incertitude sur la qualité et ses conséquences sur la liberté du choix et sur l'efficacité économique, nous avons supposé que si le modèle actuel du développement des services d'aide à domicile est opérationnel c'est parce qu'il offre la possibilité aux acteurs de nouer des contrats incomplets. Quelle est la nature de ces contrats et sur quels fondements les acteurs s'appuient-ils pour atteindre cette forme de coordination ? L'enquête auprès des personnes âgées, dont les principaux résultats sont exposés dans la partie III, a tenté de répondre à cette double interrogation. Elle a montré que l'action individuelle, notamment au moment du choix, ne s'effectue pas dans l'isolement comme le suggère l'hypothèse d'incertitude sur la qualité. Les usagers s'informent auprès des proches ou des institutions avant d'agir. Mais comment peut-on s'informer sur cette qualité sachant que l'information est souvent ambiguë et puisque le service d'aide à domicile est très variable d'une situation individuelle à une autre ? À travers l'enquête, nous avons mis en évidence le rôle que jouent les réseaux d'échange (au sens de Karpik, 1989) dans la construction de l'information et sa diffusion auprès des usagers. En effet, ce sont des réputations qui se construisent dans ces réseaux et qui concentrent l'information pertinente sur la qualité des services. Ceci conduit à retenir deux hypothèses :

- 1) la concurrence entre les prestataires s'effectue selon le modèle de réputation à la Kreps (1990) où les usagers détiennent un pouvoir de sanction si la qualité des prestataires se dégrade ;

- 2) les différenciations qualitatives sont opérées à travers les réputations, ce qui revient à dire que les prestataires sont de réputations différentes et que les usagers accèdent à l'information sur ces différences.

Ainsi, le réseau d'échange peut être un espace d'identification de l'offre et de spécification des qualités en concurrence. Ce processus de qualification de l'offre s'appuie à la fois sur des règles institutionnelles comme l'agrément qualité, des procédures comme les standards de qualité de type norme ou certificat et enfin, sur des jugements informels construits et diffusés par les usagers eux-mêmes ou par les différents acteurs. Ces éléments permettant la qualification de l'offre¹⁶² sont les supports des contrats incomplets dans l'aide à domicile. Ils assurent une certaine stabilité de la relation de service en permettant un « accord » sur la définition du service et sur les modalités de l'évaluation de sa qualité. Il s'agit de conventions de qualification des services selon Barcet et Bonamy (1994) dans le sens où elles portent sur le processus, sur la démarche à suivre pour atteindre la qualité espérée.

Cependant, la démarche de qualification des services peut être différente d'une organisation à une autre, et nous l'avons montré dans le chapitre VI à travers la diversité des réseaux d'offre et dans le chapitre I à travers la diversité des modèles de prise en charge des besoins. La question à laquelle notre enquête a tenté de répondre est de savoir comment les usagers peuvent identifier ces différentes démarches de qualification du service. Pour que les usagers puissent comparer les prestataires entre eux, le marché construit sur des réputations doit leur fournir la possibilité d'associer chaque type d'organisation à une convention de qualification. Les organisations seraient ainsi confondues avec leur démarche de qualité, et c'est cela qui permettrait une coordination stabilisée dans le sens où chaque démarche de qualité associée à un type d'organisation est « un accord » tacite sur son contenu et sur son évaluation. Cet accord sur la qualité partagé par plusieurs acteurs nous la désignons par le terme de convention de qualité. La stabilité de la coordination est effective si chaque prestataire s'identifie dans une convention de qualité et que les usagers peuvent l'identifier à travers cette convention. Salais et Storper (1993) notent que la coordination s'effectue à condition que les individus se maintiennent tout au long de leur action collective dans le même monde possible. Or, on sait que cette hypothèse est difficile à maintenir dans l'aide à domicile puisque la prestation est une relation de service où les attentes et les comportements sont voués à l'évolution.

¹⁶² Les économistes des conventions parlent d'objectivation des marchandises (Thévenot, 1989 et Eymard-Duvernay, 1989). Pour Barcet et Bonamy (1994), la qualification d'un bien ou d'un service est un ensemble d'opérations qui permet de définir ce qui sera vendu.

Le 1^{er} chapitre de cette partie essaie de décrire le fonctionnement du marché de l'aide à domicile en distinguant ses différents niveaux constitutifs et en définissant les relations entre ces niveaux. Cette représentation du marché est une synthèse des principales conclusions des différents chapitres de cette thèse.

Dans le deuxième chapitre de cette partie, nous proposons une typologie de modèles d'organisations d'aide à domicile en les identifiant selon quatre démarches : la professionnalisation, la diversification des services, la diversification des publics et enfin, l'association de l'utilisateur à la construction du service. La typologie que nous proposons définit des modèles pures, autrement dit, des modèles construits théoriquement sur la base de certaines hypothèses. En suivant Salais et Storper (1993), nous allons voir dans quelle mesure ces modèles peuvent correspondre à la réalité de l'aide à domicile. Ceci revient à examiner leur stabilité en introduisant les principales caractéristiques des services de l'aide à domicile à savoir le temps, l'évolution des attentes des personnes âgées et la nécessité d'adapter la qualité. À travers cet exercice, nous mesurons la pertinence de la notion des conventions de qualité dans l'aide à domicile.

CHAPITRE VII

UN MARCHÉ OÙ LA CONCURRENCE S'EFFECTUE PAR LES RÉPUTATIONS

INTRODUCTION

Nous avons vu tout au long de cette thèse que les services de l'aide à domicile à destination des personnes âgées se structurent en un marché particulier. La rencontre entre les usagers et les prestataires est suspendue à l'existence de certains dispositifs comme la confiance, les règles de qualité ou les dispositifs de solvabilisation de la demande. Certes, l'incertitude sur la qualité constitue un obstacle à cette rencontre mais, comme l'a montré l'enquête auprès des usagers, elle n'empêche pas ces derniers à faire appel à des professionnels de ces services. Ceci démontre que le marché fonctionne mais précisons que ce fonctionnement est caractérisé par une incomplétude contractuelle. Dans ce chapitre nous nous interrogeons justement sur ce type de fonctionnement en mettant en évidence la nature de la concurrence entre les prestataires et la façon dont cette concurrence structure les comportements. En effet, nous avons déjà émis l'hypothèse d'une concurrence par les réputations dans la partie III et nous avons décrit le processus par lequel ces réputations se construisent. Dans le présent chapitre, nous nous interrogeons sur l'efficacité de ce type de concurrence. Puisque les usagers choisissent un prestataire au regard de sa réputation, ce dernier peut-il avoir un comportement stratégique une fois le contrat de prestation est signé ? En d'autres termes, comment sont sanctionnées les organisations qui dévient de leur réputation ? Cette question renvoie aussi à la « rationalité des choix » fondés sur la réputation. En effet, on peut choisir un prestataire parce qu'il dispose d'une bonne réputation auprès d'une communauté d'individus, ou parce que les tiers ont su promouvoir efficacement son image. Mais cette bonne image peut ne pas refléter la réalité. Dans ce cas de figure, les usagers peuvent être trompés. Cette situation peut exister mais peut-elle continuer à exister aussi longtemps que l'utilisateur est client de l'organisation en question ?

Nous retrouvons la réponse à ces questions dans le processus même de la réputation. En effet, les jugements qui sont à la base de celle-ci sont auto-renforçant. La baisse de la qualité d'une organisation peut se traduire, plus ou moins rapidement, par la dégradation de sa réputation et par conséquent par la défiance de ses clients et la rétraction de son marché. Cette sanction du marché peut être effective ou non selon la réactivité de ses clients et de ses partenaires à l'évolution de la qualité de ses services. Plus la proportion des clients exigeants et actifs est importante plus sa performance économique est élastique à sa qualité. Car, c'est ce type de clients qui joue un rôle important dans la promotion (ou la destruction) de sa

réputation. En revanche, quand les usagers sont isolés, le prestataire peut adopter un comportement stratégique. Dans ce cas, la sanction ne peut avoir lieu dans la mesure où l'accès aux dispositifs de jugements sur la qualité du prestataire est difficile. Par conséquent, le respect des engagements de qualité dépend soit de l'éthique de son équipe de direction soit du contrôle public du régulateur.

La présentation du fonctionnement du marché de l'aide à domicile que nous proposons dans ce chapitre est une synthèse des conclusions des chapitres précédents. Nous soutenons l'idée selon laquelle ces services sont un marché avec les caractéristiques suivante :

- 1) le choix dans l'incertitude est possible même s'il est parfois contraignant ;
- 2) la concurrence entre les prestataires est effective mais elle s'opère par les réputations ;
- 3) la qualité est construite collectivement dans le cadre des réseaux d'échange ;
- 4) l'accès à l'information sur la qualité se fait à travers des dispositifs de jugements ;
- 5) la sanction du marché est possible ;
- 6) la régulation publique joue un rôle important dans le respect des engagements contractuels.

Nous commençons par présenter ces caractéristiques du marché dans un premier temps et dans un deuxième temps, nous proposons un modèle synthétique représentant les différents niveaux constitutifs de ce marché.

1. LES CARACTÉRISTIQUES DU MARCHÉ DES SERVICES DE L'AIDE À DOMICILE

L'approche par l'économie des conventions nous permet de distinguer les niveaux constitutifs du marché de l'aide à domicile. Avant de définir ces niveaux et les relations à l'intérieur de chaque niveau et entre eux, il est utile de préciser d'abord la structure du marché en distinguant le marché d'organisations prestataires et le marché de services. Cette distinction a déjà été esquissée dans la première partie. À ce stade de la thèse, il nous semble important de revenir sur cette distinction en l'interprétant à partir du modèle de différenciation proposé par Orléan (1991, op.cit.). Cela nous permet de souligner certains points importants dans la différenciation des qualités notamment, la place des règles de qualité et des réseaux d'échange.

1.1. Un marché d'organisations et un marché de services d'aide à domicile

La distinction entre le marché des organisations et le marché des services renvoie à la distinction entre la qualité totale de l'organisation et la qualité du service. La qualité totale désigne la qualité de l'ensemble du processus de la prestation, à partir de la réception de la demande jusqu'à son évaluation en passant par les étapes d'adaptation qualitative à l'évolution des besoins de l'utilisateur. Nous avons défini la qualité du service comme étant la satisfaction que tire l'utilisateur du travail du salarié. Du point de vue de l'utilisateur, la qualité de l'organisation est relative à la qualité de sa relation avec l'organisation et la qualité du service à sa relation avec le salarié. Cette distinction est proche de celle qu'on peut opérer entre l'offre de gré à gré et l'offre des organisations prestataires. En revanche, la distinction que nous proposons est plus large. La qualité du service est une composante de la qualité de l'organisation dans le sens où le processus de la prestation intègre les compétences des salariés.

Nous avons proposé cette distinction pour mettre en évidence deux remarques à propos du comportement de l'utilisateur. La première est relative au moment du choix d'un prestataire. En effet, quand l'utilisateur choisit entre deux organisations, il compare leur qualité totale et non pas la qualité de leur service, pour la simple raison que cette dernière n'est pas observable avant le déroulement de la prestation. En revanche, la qualité totale peut être appréciée à travers la réputation de l'organisation et quelques indices comme le label ou l'agrément. Quand le choix se fait entre l'offre d'une organisation et l'offre de gré à gré, la comparaison s'effectue à travers le rapport prix-qualité. Ici encore, c'est la qualité totale de l'organisation qui est mise en balance avec la qualité du salarié à embaucher en gré à gré.

La deuxième remarque que nous voulons mettre en évidence est relative à la stabilité de la relation de service. En effet, l'évaluation de la qualité, *a posteriori*, porte sur la relation de prestation entre l'utilisateur et

le salarié. Certes, la qualité de la relation avec l'organisation prestataire est importante mais, comme nous l'avons noté lors des entretiens menés avec les personnes âgées, ces dernières accordent une place plus importante à la relation avec le salarié (encadré 16, chapitre VI). Par conséquent, après le déroulement de la prestation, l'utilisateur peut avoir une évaluation contrastée de la qualité. Il n'est pas improbable que les utilisateurs aient une appréciation positive de leur relation avec le salarié et en même temps une appréciation négative de leur relation avec l'organisation employeuse du salarié. En ce sens, la stabilité de la relation de service peut dépendre de la qualité de la relation entre l'utilisateur et le salarié.

Pour mieux définir la différence entre le marché des organisations et le marché des services, nous assimilons ce dernier au marché des services en gré à gré. Les services fournis par les organisations peuvent être de qualité supérieure à ceux fournis en gré à gré pour trois raisons :

- 1) L'existence de procédures internes au sein des organisations garantissant une certaine régularité de la qualité. Ce n'est pas le cas dans toutes les organisations, mais la dynamique actuelle de professionnalisation de l'offre conduit une grande partie de celles-ci à mettre en place des procédures formalisées.
- 2) La capacité des organisations à adapter qualitativement la prestation. En effet, l'organisation peut réagir à l'évolution des besoins de l'utilisateur en lui apportant une variété de services ou en remplaçant le salarié habituel par un salarié plus qualifié. Encore une fois, ce n'est pas le cas de toutes les organisations mais une partie de celles-ci peut fournir cette dimension de la qualité.
- 3) La garantie de la continuité du service dans le sens où l'organisation est tenue de garantir la prestation en cas de l'absence du salarié.

Nous avons désigné ces trois dimensions de la qualité par la notion de la qualité dynamique (chapitre IV). Le marché d'organisations se distingue donc du marché des services de gré à gré par cette qualité. Par ailleurs, au sein de l'offre des organisations cette qualité est différente d'une organisation à une autre en fonction des démarches de qualité de chacune. Ce marché fonctionne avec une différenciation réelle que les utilisateurs ignorent. Notre enquête a montré qu'une écrasante majorité des utilisateurs effectue son choix dans l'ignorance des différences de qualité. Cependant, le choix entre l'offre des organisations et l'offre des salariés indépendants peut s'effectuer sans grande difficulté. Ce choix peut être motivé par le rapport prix-qualité des deux types d'offre et par le degré de confiance accordée à l'un ou à l'autre type d'offre. Les utilisateurs font confiance à l'organisation parce qu'elle est dotée d'une réputation qu'elle doit défendre et que ses salariés agissent en son nom (Eymard-Duvernay, 2004). L'existence des procédures interne et leur respect par les salariés accroît la confiance des utilisateurs. On peut également évoquer la « confiance institutionnelle » des organisations qui repose sur des règles édictées par une autorité indépendante et qui garantit l'engagement effectif des acteurs (Zucker, 1986). C'est le cas des agréments ou des normes de qualité contrôlées par des organismes étatiques ou privés indépendants. Dans le marché des services

fournis en gré à gré, la confiance est interpersonnelle. L'utilisateur fait confiance au salarié en ce qui concerne son dévouement et le respect de ses engagements¹⁶³ ou encore une confiance inspirée par l'affiliation parentale ou culturelle du salarié.

Tableau 36. Les propriétés de la concurrence sur le marché de l'aide à domicile

<i>Types de marchés</i>	<i>Relations internes</i>	<i>Prix</i>	<i>Qualité</i>	<i>Incertitudes</i>	<i>Ressources de la coordination</i>
Marché des organisations	<ul style="list-style-type: none"> - Contrats incomplets - Partenariats - Anticipations croisées 	Tarif unique et fixé par l'administration	Qualité supérieure à celle offerte sur le marché de gré à gré Marché non hiérarchisé	Ignorance des différences des qualités par les usagers	<ul style="list-style-type: none"> - Règles formelles et informelles - Confiance institutionnelle - Réputation
Marché des services	Coopération, réseaux	Prix unique \approx SMIC	Indifférenciation qualitative totale	Aléa moral	Confiance interpersonnelle

Source : Auteur

Les deux marchés (marché d'organisations et marché de services) pris séparément ressemblent au marché décrit par le modèle d'Akerlof (1970). Le prix sur chacun des deux marchés est un prix unique et le service est entaché d'incertitudes sur la qualité. Sans l'application de certains dispositifs réducteurs de l'incertitude, le marché peinerait à fonctionner. Par ailleurs, en considérant le marché des organisations et le marché des services comme un seul marché, sa structure ressemble au modèle d'Orléan (1991). Dans ce modèle, il existe deux types d'offres avec deux prix différents et une séparation claire des qualités entre les deux types d'offres. Selon ce modèle, l'échange mutuellement bénéfique devrait prospérer sur un segment de marché qui correspond à l'offre de qualité supérieure à une certaine référence commune. En supposant que cette référence correspond à un « accord » selon lequel la qualité des services fournis en gré à gré est inférieure à celle des services des organisations, on peut alors dire, en suivant le modèle d'Orléan, que le marché des organisations est le segment qui devrait prospérer et le marché de gré à gré devrait rétrécir ou disparaître. Or, dans la réalité l'offre de service de gré à gré existe toujours et se développe. On peut expliquer ce paradoxe entre le modèle et la réalité de l'aide à domicile par l'insuffisante visibilité des différences de qualité au sein du marché des organisations. Ceci revient à dire que « l'accord » référençant la qualité des services de gré à gré comme étant inférieure à celle des organisations n'est pas commun à l'ensemble des acteurs. Puisque les différences de qualité dans ce marché ne sont pas identifiables, les usagers évalueront la qualité moyenne des organisations avec les mêmes procédés que ceux décrits dans le modèle d'Akerlof. Il s'ensuit une érosion de la qualité moyenne anticipée¹⁶⁴ de ces organisations jusqu'à ce qu'elle se confond avec la qualité des services de gré à gré.

¹⁶³ Thierry Ribault (2008) parle de convention vocationnelle et de convention éthique concernant le dévouement des salariés à leur métier et leur respect des engagements.

¹⁶⁴ La qualité moyenne est anticipée par les demandeurs à travers l'espérance mathématique (cf. la présentation du modèle d'Akerlof, chapitre IV, partie II).

Cela se traduit dans la réalité par le fait que certains usagers, notamment ceux dont la dépendance est modérée, peuvent estimer qu'il est déraisonnable de choisir l'offre d'une organisation dont on est pas sûr que ses services soient de bonne qualité et en payant un prix plus élevé par rapport au prix du service de gré à gré. Ce raisonnement est probablement vrai pour les personnes les plus incertaines sur la qualité des organisations.

1.2. Le rôle des réseaux d'échange dans la différenciation des prestataires

Puisque le prix ne permet pas de différencier qualitativement les organisations, alors les usagers doivent chercher l'information sur la qualité par d'autres moyens. Souvent, ils se tournent vers l'entourage immédiat. Notre enquête a montré que plus de 83% des personnes âgées interrogées ont choisi leur prestataire en suivant l'avis d'une tierce personne. Ces personnes peuvent être un parent, un proche de la famille, un ami, le médecin, la mairie, etc. Les relations interpersonnelles jouent ainsi un rôle important dans l'orientation du choix des personnes âgées. Ces relations qualifiées par Lucien Karpik de « réseaux d'échange » (1989) facilitent la coordination entre l'offre et la demande. En analysant le fonctionnement du marché des avocats, l'auteur constate que « l'information pertinente se concentre fondamentalement dans des systèmes de relations interpersonnelles que l'on nomme des réseaux d'échange » (Karpik, op.cit. p 192). La particularité de l'aide à domicile est le fait qu'une grande partie de ces réseaux est composée par des acteurs intermédiaires et non pas par des particuliers. Selon notre enquête, 43% des usagers sont orientés dans leur choix par un acteur institutionnel. L'autre différence marquante par rapport au réseau d'échange dans le métier des avocats est la place de l'information sur les prix. L'information sur les différences de prix dans le marché de l'aide à domicile a une importance marginale pour une grande partie des personnes âgées. Ceci s'explique par la quasi-unicité des prix notamment quand les usagers sont bénéficiaires de l'APA ou de l'allocation de la CNAV. En revanche, le prix est libre pour les services achetés par des personnes bénéficiant des réductions d'impôts. Pour ces derniers, le prix est un déterminant important de la demande.

La difficulté à mesurer la qualité des organisations par un seul étalon suggère que l'information véhiculée dans les réseaux d'échange est une information sur la réputation des organisations et non pas sur les services. En effet, cette notion intègre un ensemble de dimensions de la qualité sous forme de jugements qualificatifs sur l'offre des organisations. Les discours-jugements que nous avons recensés auprès des usagers sont illustratifs de cette information sur la réputation (chapitre VI). En ce sens, les réseaux d'échange opèrent une différenciation qualitative au sein du marché des organisations à travers leurs réputations. Celles-ci sont construites au sein des réseaux d'échange par les différents acteurs qui les composent, aussi bien les usagers que les intermédiaires. Il faut préciser ici que la différenciation des

prestataires opérée au sein de ces réseaux ne consiste pas à offrir aux usagers un classement des qualités. Mais elle leur permet d'effectuer un choix raisonné en identifiant le « bon » prestataire. Comme le note Karpik, le réseau d'échange permet au demandeur de séparer le choix raisonné du choix aléatoire et pour l'offreur, l'activisme de l'immobilisme (op.cit).

Connaissant l'influence des réseaux d'échange sur la concurrence, une grande partie des prestataires tentent de les maîtriser. Il ne s'agit pas de contrôler l'activité des personnes constituant le réseau, mais d'instrumentaliser l'information véhiculée afin de promouvoir leur réputation. Il est fréquent que les organisations aillent promouvoir leur qualité directement auprès des intermédiaires comme les hôpitaux ou les médecins. Comme le témoigne un employé administratif du service gériatrique de l'hôpital de Lille, plusieurs organisations d'aide à domicile lilloises ont démarché le service. Selon cet employé, la démarche des prestataires ne consiste pas seulement à promouvoir leur qualité auprès de l'hôpital mais aussi à pointer les faiblesses des concurrents. Ce témoignage illustre le fait que la concurrence dans l'aide à domicile ne s'effectue pas sur un marché classique où les fournisseurs sont anonymes, mais elle s'effectue dans les réseaux d'échange où justement l'identité des fournisseurs est associée à leur qualité.

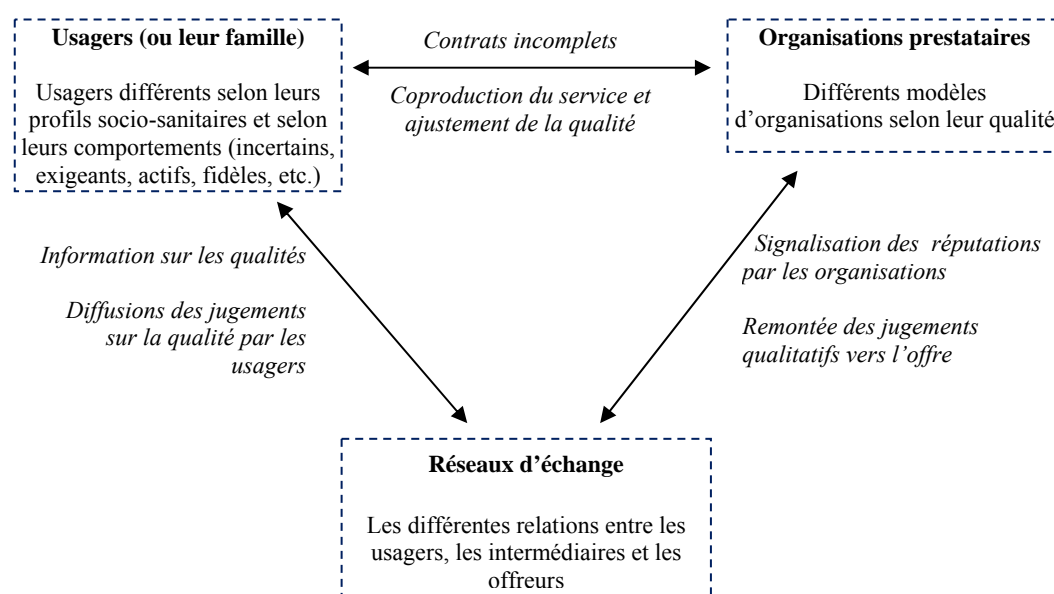
Un autre moyen d'exercer une influence sur le réseau est le partenariat avec les intermédiaires. C'est ce que Karpik qualifie de réseaux-producteurs. Ces réseaux associent un nombre important d'acteurs. Outre les prestataires partenaires, on y trouve des acteurs institutionnels tels que les médecins et les gérontologues, les services sociaux des municipalités, les mutuelles, les associations de quartiers, les associations de retraités, etc. Dans le chapitre précédent nous avons identifié une multiplicité de réseaux où la réputation des prestataires membres est construite sur des valeurs différentes.

1.3. Une concurrence par les réputations

L'information sur la qualité est importante sur le marché d'organisations étant donné que les relations de services sont caractérisées par l'incertitude. Comment les individus arrivent-ils à différencier qualitativement les prestataires ? Certains procèdent à l'expérimentation des services et d'autres s'approprient les expériences des autres dans le cadre du réseau d'échange. Compte tenu du coût de l'expérimentation, l'appropriation de l'expérience des autres usagers peut constituer une alternative. Mais cela suppose l'entretien des relations étroites avec les usagers. L'insertion de l'utilisateur dans un réseau social peut apporter une solution à cette contrainte, à condition que le réseau soit lui-même constitué d'individus transportant leurs propres expériences en matière d'aide à domicile ou celle des autres. Le réseau de sociabilité a pour objet la production de l'information sur la qualité par la mutualisation des expériences individuelles. Il faut préciser d'emblée que cette information socialement construite n'a pas

de valeur objective au sens où la réalité qu'elle prétend renseigner peut être déformée. L'information sur la qualité est produite par l'utilisateur en évaluant subjectivement la qualité du prestataire. Quand ces évaluations individuelles sont partagées on peut parler alors d'une évaluation collective¹⁶⁵ sur la qualité des prestataires. Quel est le mécanisme qui conduit au partage de ces évaluations subjectives et individuelles ? Notre enquête a montré que les usagers produisent des jugements qualificatifs sur les prestataires. En ce sens, l'information sur la qualité produite par les usagers ne consiste pas en une évaluation précise mais plutôt en des jugements divers. Avec leur diffusion au sein du réseau d'échange, ces jugements font l'objet de modification et de simplification. Leur forme simplifiée de type « association sérieuse », « prestataire professionnel » ou encore « entreprise moderne » reflète la réputation des prestataires. La circulation des jugements qualificatifs se traduit par la formation des réputations à propos des prestataires. C'est à travers ces réputations que les usagers arrivent à différencier les prestataires. Il est important de noter ici que les acteurs institutionnels notamment le personnel de santé et du secteur social diffusent eux aussi la réputation des prestataires partenaires.

Figure 29. Le modèle de concurrence par les réputations



Source : l'auteur

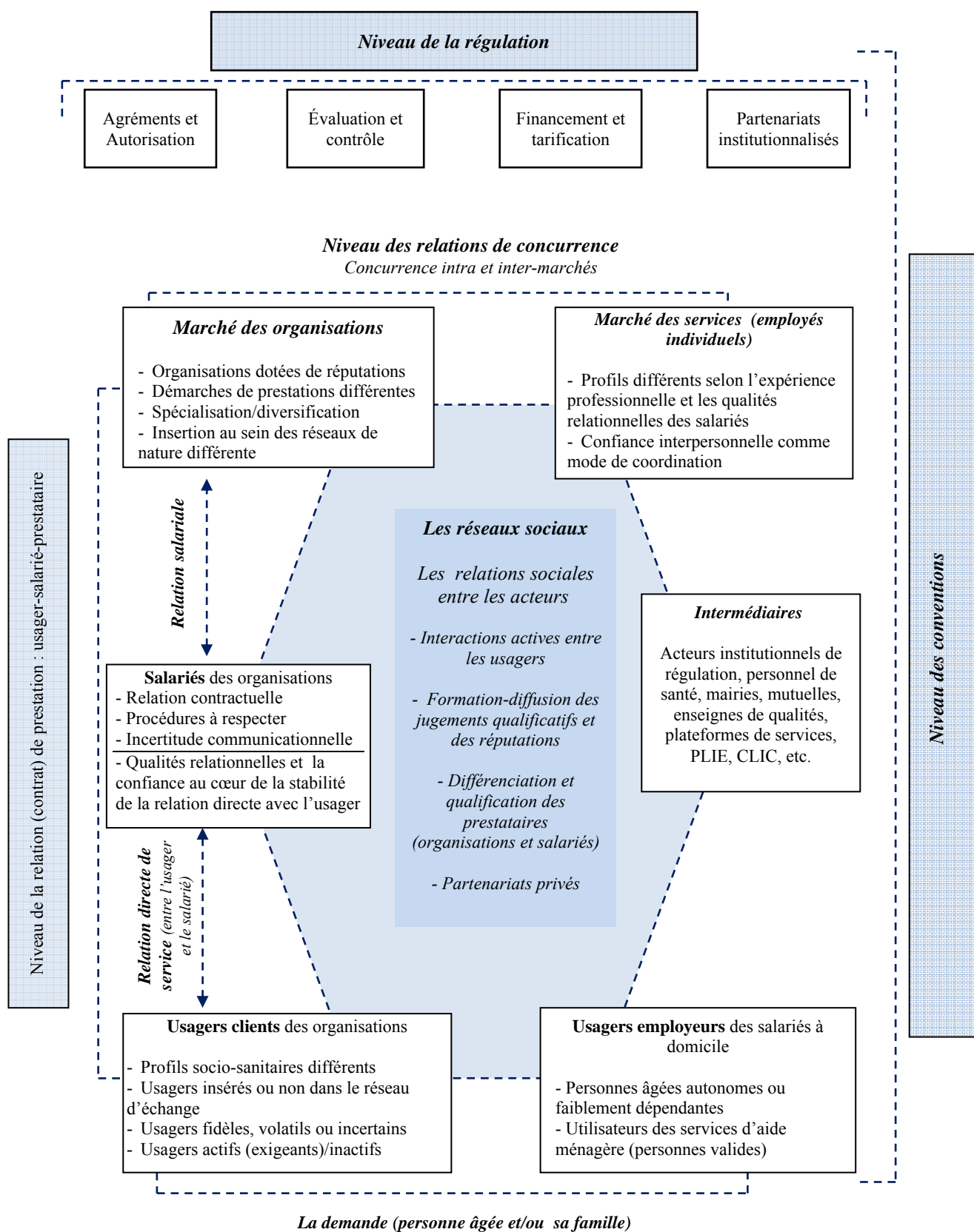
¹⁶⁵ Quand les évaluations individuelles sont reprises par les autres, elles se transforment en évaluations partagées collectivement par un groupe d'utilisateurs.

Ce modèle de concurrence par les réputations peut fonctionner si les organisations sont vigilantes à propos de leur qualité. En effet, elles doivent réagir rapidement en cas de déviation de leur qualité par rapport à leur réputation. Si la relation de service est un échange sans itérations, les organisations peuvent être tentées d'adopter un comportement opportuniste. Puisque l'échange s'arrête au premier niveau d'itération, le prestataire peut ne pas se soucier de la qualité réellement fournie. Ce type de situation est également probable quand le marché est organisé sous forme de monopoles locaux. Cependant, puisque la relation de service d'aide à domicile est un échange voué à une itération de plusieurs niveaux, le comportement opportuniste des prestataires est considérablement amoindri. En cas de dégradation de la qualité et en cas de non ajustement de cette qualité, les clients d'une organisation peuvent ne pas renouveler l'échange. La menace de défection contraint les prestataires à être vigilants à propos de leur qualité. Cette menace est crédible à condition que l'utilisateur puisse l'exécuter. Mais dans un marché où l'incertitude est toujours présente et vu les difficultés sanitaires des personnes âgées, changer de prestataire à chaque fois que la qualité baisse est difficile à envisager. Cependant, la menace la plus crédible peut être mise à exécution au sein des réseaux d'échange. Puisque les usagers participent à la formation des réputations des prestataires en partageant leur jugement sur la qualité des différents prestataires, ils peuvent agir sur leur réputation, donc sur leurs performances économiques. Cette menace instaure un autre type de relation entre les usagers et les prestataires. Ces derniers sont à l'écoute de ce qui se dit dans les réseaux d'échange. Ils prennent en compte les jugements des usagers afin de mieux consolider leur réputation.

2. LES NIVEAUX CONSTITUTIFS DU MARCHÉ DE L' AIDE À DOMICILE

La figure suivante représente les différents niveaux de relations entre les acteurs de l'aide à domicile. Cette représentation du marché nous permet de mettre en évidence les niveaux d'interaction autres que les relations de concurrence entre les prestataires. Certes, cette concurrence est réelle et joue un rôle important dans la structuration du marché. Cependant, la coordination serait mise en difficulté si les dispositifs réglementaires et conventionnels n'étaient pas joints aux relations de concurrence. Ces difficultés nous les avons soulignées dans les différents chapitres de cette thèse. La faible constitution du service, le manque de visibilité de la qualité, l'incertitude sur la qualité, la non-hiérarchisation qualitative de l'offre, etc., sont les principaux facteurs qui peuvent mettre en échec la coordination.

Figure 30. Les niveaux d'encastrement du marché de l'aide à domicile



Source : l'auteur

2.1. Le niveau de la régulation

Ce niveau est constitué de l'ensemble des règles mises en place par les acteurs institutionnels pour réguler les activités d'aide à domicile. Ces règles formelles¹⁶⁶ sont mises en œuvre dans le cadre de la politique sociale et d'emploi gouvernementale ou dans le cadre des politiques locales départementales et communales. Leur objectif est double : subventionner la demande et réglementer l'offre. Dans le cadre de cette thèse, c'est ce dernier objectif qui nous intéresse le plus. Notre objectif est de voir comment l'intervention publique structure le marché de l'aide à domicile.

La réglementation de l'activité s'opère dans deux directions : garantir la qualité et organiser les rapports de concurrence. La réglementation de la qualité consiste à garantir aux usagers un niveau de qualité incompressible. L'agrément qualité et l'agrément simple sont deux instruments permettant d'imposer aux prestataires un niveau de qualité minimale. L'agrément qualité autorise le prestataire à offrir ses services aux personnes âgées fragiles sous condition de respecter le cahier des charges. La loi de modernisation de l'action sociale de 2002 instaure une nouvelle méthode dans la réglementation de la qualité. Il s'agit de l'évaluation de la qualité. Plus précisément, il s'agit d'autoévaluation à travers des enquêtes de qualité que l'organisation doit effectuer et transmettre les résultats aux instances de régulation. En outre, les organisations doivent procéder à une évaluation externe effectuée par un tiers.

Le deuxième domaine d'intervention publique est l'organisation de la concurrence par la tarification des services et le conventionnement des prestataires. La concurrence par les prix est interdite pour tous les services financés par le Conseil Général ou par la Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse. Il s'agit du marché financé par l'APA et par les allocations de la CNAV. L'autre partie du marché est complètement ouverte à la concurrence. Le prix sur ce marché est libre. Cette partie du marché concerne la demande financée par la réduction d'impôts ou par le chèque emploi service universel (CESU) et la demande non subventionnée¹⁶⁷. Ces contraintes réglementaires permettent de réguler rigoureusement la concurrence sur une grande partie du marché.

Outre la régulation de la qualité et de la concurrence, les pouvoirs publics interviennent également pour renforcer la structuration de l'offre. Cette intervention prend la forme de partenariats entre les offreurs et les différents acteurs. Les objectifs des partenariats sont multiples. Il peut s'agir de professionnaliser le métier en subventionnant la formation professionnelle des employés, d'encourager l'insertion par

¹⁶⁶ Règles formelles par opposition aux règles informelles ou implicites qualifiées de conventions.

¹⁶⁷ On ignore la répartition du marché entre les services dont le prix est fixe et ceux dont le prix est libre. Il semble que le premier type de marché est largement dominant. Notre enquête révèle que le marché dont le prix est fixe représente entre 90 et 98% selon les organisations.

l'emploi des personnes faiblement qualifiées en finançant une partie du coût du travail, d'améliorer l'accès aux services d'aide à domicile en créant des plateformes de services, etc.

2.2. *Le niveau de la concurrence*

Comme nous l'avons souligné précédemment, la concurrence sur le marché de l'aide à domicile s'effectue à travers les réputations. Nous avons déjà exposé dans le point 1.3 le fonctionnement de ce type de concurrence. Nous voulons ici préciser un autre aspect de cette concurrence. En effet, l'existence d'une offre abondante sur un même territoire permet, *a priori*, un plus grand choix aux usagers. Cependant, la substitution entre les différents prestataires, qui est l'un des fondements de la concurrence au sens néoclassique, est difficile à envisager étant donné la dépendance des usagers. Une fois le choix d'un prestataire fait et la relation de service entamée, le retour en arrière peut être difficile. La notion d'irréversibilité du service d'aide à domicile selon les termes de Gadrey (1994) résume cette limite de la substitution (cf. chapitre IV). En suivant ce raisonnement, on peut supposer que le marché de services d'aide à domicile fonctionne sous une forme proche de la concurrence monopolistique. Une grande partie des usagers ne change pas de prestataire parce que leur équilibre social est tributaire de l'aide à domicile. Comme le note Espinasse (1993), cet équilibre est fragile et changer de prestataire le fragilise encore davantage. Par conséquent, les personnes âgées ne voulant pas prendre ce risque préfèrent négocier des compromis avec le prestataire ou le salarié quand la situation est conflictuelle. Pour cette partie des usagers, la stratégie de « voice » au sens d'Hirschman domine celle de « l'exit ». C'est ce que montre notre enquête puisque le taux de fidélisation dans personnes interrogées est très élevé¹⁶⁸.

L'articulation entre le niveau de régulation et le niveau de concurrence se manifeste dans la réglementation de l'activité et dans le financement de la demande. La régulation agit directement sur la concurrence en réglementant la qualité notamment sur le marché des organisations et souvent en répartissant la demande. La demande financée par le Conseil Général (bénéficiaires de l'APA) et par la CNAV est parfois orientée vers le marché des organisations par les équipes médicosociales et par le personnel médical, tandis que la demande financée par les réductions d'impôts et le CESU ou la demande non subventionnée est souvent attirée par l'offre de gré à gré.

¹⁶⁸ Plus de 78% des répondants ne désirent pas changer de prestataire. Les différents prestataires que nous avons rencontrés nous ont confirmé le fait que leurs clients sont fidélisés. Mais la fidélité peut se gagner par la confiance, la qualité ou la dépendance. En effet, l'incertitude du client à propos de la qualité des prestataires concurrents le contraint souvent à garder son prestataire actuel même s'il juge sa qualité insuffisante.

2.2.1. La concurrence sur le marché des services

Ce marché compte plus d'un million d'employés individuels déclarés selon l'Ircem. Ces « prestataires individuels » sont souvent peu structurés, ce qui leur donne l'image d'une offre éparpillée, difficilement identifiable et souvent insaisissable pour la réguler. L'offre d'un employé individuel est généralement circonscrite sur un territoire très restreint. Elle s'adresse à une demande généralement constituée des personnes évoluant dans son entourage immédiat. Il s'agit de son entourage familial ou du voisinage. Donc l'offre d'un employé est circonscrite dans une aire géographique limitée et un espace social familial. L'objectif d'un emploi durable et proche d'un temps complet est difficile à atteindre si le réseau social de l'employé ne lui canalise pas une demande importante. Ce réseau peut être constitué de proches ou des institutions voire même des organisations d'aide à domicile dans le cadre de leur activité mandataire. Les employés individuels signalent leur offre à travers des petites annonces qu'ils affichent à l'ANPE, dans les commerces de proximité ou dans les milieux fréquentés par les personnes âgées (clubs de séniors, associations, etc.). Plus ce réseau de connaissances est large, plus la réputation de l'employé est diffusée et plus les chances de canaliser une demande importante sont élevées. La performance du réseau dépend de la qualité des personnes qui le constituent. Ce sont ces personnes qui promeuvent, d'une façon informelle et gratuite, la qualité et la réputation de l'employé. Ils sont en quelque sorte les supports de la confiance à propos de la qualité de l'employé.

La rencontre entre plusieurs particuliers employeurs de personnes différentes peut conduire à des comparaisons entre les qualités de ces salariés indépendants. Le jugement que fait la personne âgée de la qualité de son salarié peut donc être modifié à travers ces comparaisons. Cela peut se traduire par la rupture du contrat ou le renouvellement de celui-ci. En ce sens, l'interaction privée entre les usagers est synonyme de confrontation des réputations des salariés indépendants.

2.2.2. L'intermédiation et son effet sur la concurrence

On peut distinguer des intermédiaires institutionnels sous formes de réseaux souvent privés, des intermédiaires publics ou parapublics et des intermédiaires institutionnels de proximité. Les réseaux de prestataires sont structurés en fédérations, en enseignes de qualité ou en plateformes de services. Les banques et les compagnies d'assurance notamment mutualistes deviennent de plus en plus des acteurs importants dans l'intermédiation. Généralement, les différentes enseignes qui se sont créées depuis deux ou trois ans contiennent au moins un acteur du secteur bancaire ou de l'assurance. Les intermédiaires publics et parapublics sont généralement des services sociaux des mairies, des départements, les caisses de retraite, les institutions du service public de l'emploi (ANPE, Missions locales, PLIE, etc.) ou des organismes de coordination comme les CLIC. Les intermédiaires de proximité sont des professionnels de

santé comme le médecin traitant, l'infirmier libéral, le kinésithérapeute, etc. ou des intervenants sociaux généralement de statut associatif, les Amicales des retraités, les maisons de quartier, les centres sociaux, etc.

Ces différents intermédiaires agissent directement sur l'offre et la demande. Selon leur nature, leur rôle peut consister à informer et orienter la demande mais aussi à construire des partenariats avec les prestataires sur un territoire donné. L'objet de ces partenariats peut être l'amélioration et la structuration de l'offre, la création de nouveaux services périphériques aux services d'aide à domicile, la formation du personnel, l'insertion des personnes faiblement qualifiées dans l'aide à domicile, etc. Ce qui nous intéresse le plus ici est leur activité de coordination entre l'offre et la demande. Parfois, les informations fournies sont de type stratégique dans le sens où elles peuvent avantager une partie de l'offre au détriment d'une autre. C'est le cas de l'information fournie par les caisses de retraite par exemple dont l'objectif est d'orienter la demande vers l'offre agréée et conventionnée¹⁶⁹. L'information sur ce marché est donc un enjeu important dans la répartition de la demande. Comme l'a montré notre enquête, les usagers intègrent dans leur décision la première source d'information sans vérifier son contenu réel. Lorsque l'information provient d'un médecin ou d'une toute autre personne disposant de la notoriété dans son domaine cela dispense l'utilisateur de vérifier la pertinence de l'information. La notoriété et la confiance dont jouissent ces intermédiaires valent une garantie sur l'authenticité de l'information. Ainsi, ces intermédiaires peuvent influencer les mouvements de la demande notamment, lorsque l'information véhiculée se rapporte à la qualité.

Par ailleurs, les organisations peuvent « instrumentaliser » ces intermédiaires pour capter une demande spécifique. Les partenariats avec les services sociaux municipaux qui sont pourvoyeurs de la demande en sont un exemple. On peut citer aussi l'exemple des enseignes de qualité où les prestataires sont les partenaires les plus importants. Une autre forme d'instrumentalisation moins formelle consiste à établir des liens avec le personnel de santé. Ce lien peut être créé dans le cadre des relations informelles ou dans le cadre de partenariats locaux structurés par les CLIC ou par d'autres instances de gériatrie.

2.3. Le niveau du contrat de prestation : la relation entre le prestataire, l'utilisateur et le salarié

Deux aspects caractérisent ces relations : la coproduction du service et la contractualisation de la prestation. La coproduction consiste en la participation active de l'utilisateur à la relation de service. La

¹⁶⁹ Voir le chapitre VI pour plus de détails sur l'enjeu des intermédiaires.

contractualisation de la prestation consiste à définir par un contrat les engagements et les attentes de chacun. C'est dans le marché des organisations que la contractualisation a le plus de sens. Cette pratique nouvelle dans l'aide à domicile a pour but de donner une forme légale à la prestation dans le sens où elle garantit la possibilité aux parties prenantes de faire valoir leurs droits dans le cas d'un manquement aux engagements. Le contrat permet de clarifier les conditions et l'objet de la prestation. Le volume, la fréquence et le prix des services sont clairement mentionnés. Il faut souligner que ce contrat est précédé par un autre accord dont l'objet est l'évaluation des besoins de la personne âgée. Cet accord réunit le prestataire, l'utilisateur et le financeur. Il se situe donc dans le niveau de la régulation. C'est suite à cet accord que les termes du contrat de la prestation peuvent être spécifiés.

Quand l'utilisateur est une personne lourdement dépendante, le prestataire est tenu d'être attentif à l'évolution de sa situation. Il doit communiquer aux instances en charge de la prévention toute évolution inquiétante. Aussi, il doit adapter le service suivant cette évolution. L'adaptation doit se faire en coordination avec les financeurs et les instances de régulation suite à une réévaluation de la situation de la personne âgée. Elle se traduit dans la pratique par l'extension du contrat en renforçant la dimension qualitative de la prise en charge. Elle peut prendre la forme de un enrichissement de la prestation par de nouveaux services tel que les services de soins à domicile, l'aide psychosociale ou simplement la substitution de l'employé par un autre employé plus qualifié.

Du côté de l'utilisateur, le contrat l'oblige à fournir les conditions matérielles nécessaires au bon déroulement de la prestation : la logistique pour les tâches ménagères et sa présence pour les services corporels. Pour une meilleure prestation, l'utilisateur est tenu de coopérer avec le prestataire. Cette coopération peut s'effectuer par sa participation active avec l'employé dans certaines tâches ou par la révélation de l'information concernant ces besoins. L'adaptation qualitative du service est subordonnée à la coopération effective de l'utilisateur. Le contrat spécifie également les conditions de perte du bénéfice de la prestation. En outre, certaines organisations proposent même dans le contrat une assurance contre le risque de dégradation de l'immobilier ou contre le vol au moment de la prestation.

Sur le marché des services fournis par des employés individuels, le contrat de prestation est un accord tacite entre l'employé, l'utilisateur ou sa famille. La prestation entre les deux parties est formalisée par un contrat de travail classique indiquant le salaire (le prix du service), le nombre d'heures du service et l'échéance du contrat. En dehors de ces éléments, les attentes et les engagements des deux parties sont implicites sous forme de promesses. La contractualisation occupe donc une place marginale dans la coordination. En revanche, celle-ci s'effectue principalement par la confiance permettant un accord sur des engagements tacites.

Les garanties contractuelles sur le marché des organisations ne réduisent pas totalement l'incertitude sur la qualité. La relation effective de service concerne la personne âgée et le salarié de l'organisation que le contrat de prestation peut difficilement gérer. Même si l'organisation offre des garanties suffisantes sur la qualité du service, cela ne garantit pas que l'employé respecte les exigences du contrat. La qualité du service, notamment dans sa dimension d'adaptation aux besoins de la personne âgée, repose principalement sur les compétences et le comportement du salarié. La relation de confiance entre le salarié et l'utilisateur peut être déterminante dans l'évaluation du résultat de la relation de service entre le prestataire et l'utilisateur. On peut donc avancer l'idée selon laquelle le bon déroulement de la relation de service repose sur la qualité de la relation entre l'utilisateur et le salarié. Peut-on s'assurer que les salariés de l'aide à domicile ont tous cette faculté à engager les personnes âgées dépendantes dans des relations de coopération ? Dans ce type de relation, où s'arrête l'effort du salarié et où commence la responsabilité de l'utilisateur ? L'échec de la relation incombe-t-il au manque de motivation de l'employé ou à la situation sanitaire et psychologique de la personne âgée ?

Ces questions montrent d'abord le poids de la subjectivité dans l'évaluation de la qualité du service et la difficulté auxquelles sont confrontés les salariés d'aide à domicile lorsqu'ils traitent des situations de dépendance lourde. Ils peuvent subir des pressions venant principalement de la famille et de l'employeur (l'organisation). Mais, ces questions révèlent aussi l'existence de *zones d'autonomie* dans les relations salariales que nous avons qualifiées d'incertitudes communicationnelles¹⁷⁰ au sens de Robert Salais (2004). Le comportement du salarié dans cette situation reste imprévisible et difficilement maîtrisable par l'employeur.

Le niveau de la prestation peut focaliser donc des tensions entre les trois acteurs : l'organisation, le salarié et l'utilisateur. Si le contrat de prestation et le contrat de travail peuvent réduire certaines tensions, d'autres tensions, celles concernant la relation entre le salarié et l'utilisateur, doivent être gérées dans un cadre formel. Puisque la relation entre l'utilisateur et le salarié n'est pas contractualisée, ces deux parties doivent trouver elles-mêmes les solutions à certaines difficultés que le contrat de prestation et le contrat de travail ne permettent pas de résoudre.

2.4. Le niveau des conventions

Ce niveau regroupe l'ensemble des règles que les acteurs se sont appropriées comme normes régissant leurs comportements. Il s'agit des différents compromis entre les acteurs dans les différents domaines de leurs pratiques professionnelles. On y trouve à la fois des règles informelles dans le sens où elles n'ont

¹⁷⁰ Cf. le point 3.5 du Chapitre II de cette partie.

pas de forme juridique et les règles instituées par la loi. En ce sens, le niveau des conventions inclut les règles institutionnelles et les règles informelles.

L'organisation interne du travail, la spécialisation sur des catégories de demande, le choix des partenaires, les normes de qualité sont autant de domaines régis par des conventions. Quatre principales conventions peuvent être définies. La première est une convention de différenciation des qualités instituée par l'agrément qualité. Elle permet aux usagers d'identifier sur le marché l'offre de qualité agréée et l'offre non agréée. La deuxième convention permet de qualifier les besoins. Elle est fondée sur la grille AGGIR dont l'objet est d'évaluer la situation socio-sanitaire des personnes âgées. Nous l'avons qualifiée de convention de mesure des besoins. La troisième convention consiste à qualifier les services. Autrement dit, elle définit la procédure par laquelle le prestataire construit une prise en charge adaptée à la situation de la personne âgée. C'est une convention de spécialisation interne des compétences basée à la fois sur l'évaluation des besoins par la grille AGGIR et sur les pratiques professionnelles propres au métier de l'aide à domicile. La quatrième convention est issue des limites des deux conventions précédentes. Elle renseigne sur les procédures d'incorporation des qualités relationnelles dans la construction du service. Il s'agit d'une convention de coordination par les qualités relationnelles permettant de stabiliser les relations entre les usagers et les salariés de l'aide à domicile. À l'exception de la convention de qualité relationnelle, les autres conventions sont des normes partagées par l'ensemble des organisations prestataires. Leur origine, leur contenu et leur articulation sont examinés en détail dans le point suivant.

Outre ces quatre conventions transversales à l'ensemble des acteurs, nous pouvons identifier d'autres conventions de qualité différentes selon les types d'organisations. En effet, chaque organisation se différencie des autres par ses procédures de qualité, son domaine de spécialisation et la place accordée à l'utilisateur dans la définition du contenu du service. Ces conventions de qualité permettent de différencier les prestataires et fondent un accord partagé entre l'utilisateur et le prestataire sur l'évaluation de la qualité. En ce sens, elles offrent un lexique de qualité aux usagers puisque chaque modèle d'organisation prestataire est associé à une qualité de nature particulière. Ces conventions de qualité seront l'objet du chapitre suivant.

CONCLUSION DU CHAPITRE VII

Dans ce chapitre, nous avons souligné le fait que les services de l'aide à domicile peuvent être considérés comme un marché fonctionnant avec une logique propre. C'est un marché structuré par des règles formelles et des conventions. Certes, la régulation publique est omniprésente notamment à travers l'agrément de l'activité, l'évaluation de la demande et le financement de celle-ci. Son rôle est important dans le fonctionnement du marché, mais ce dernier dispose des ressources qui peut lui permettre, dans une certaine mesure, de fonctionner d'une façon autonome. La réputation comme modèle de concurrence en est une de ces ressources. Son efficacité dépend du pouvoir de sanction des usagers eux-mêmes et des tiers par qui transite la réputation. Ce pouvoir de sanction devient effectif et contraignant au fur et à mesure que les usagers de ces services se structurent en réseaux. Autrement dit, plus ils sont en interactions actives plus ils peuvent échanger leurs évaluations sur la qualité de leurs prestataires et par conséquent repérer ceux dont la réputation se dégrade ou s'améliore. Le rôle des réseaux d'échange ne consiste donc pas seulement à renseigner sur la qualité ou sur les prix, mais ils peuvent se constituer en un espace d'évaluation de la qualité, de promotion des réputations et de sanction. Si tel est le cas, on peut supposer que le marché de l'aide à domicile peut s'autoréguler. Notre enquête a montré qu'un peu plus d'un quart des usagers sont en interaction, ce qui est insuffisant pour asseoir un pouvoir de sanction. D'où le rôle de la régulation publique pour contrôler et sanctionner les comportements déviants.

Au niveau microéconomique, la prestation de service peut se décomposer en trois types de relations : la relation de prestation entre l'utilisateur et l'organisation prestataire, la relation directe entre l'utilisateur et le salarié et la relation salariale entre le salarié et l'organisation. Le contrat de service est donc une interaction triangulaire entre l'utilisateur, le salarié et l'organisation. Chaque relation est porteuse d'engagements contractuels. La stabilité de cette relation triangulaire dépend du respect des engagements respectifs. Nous avons souligné dans le chapitre II que ces relations peuvent être traversées par des tensions notamment quand l'action des trois acteurs s'inscrit dans des registres différents. Dans ce cas, la stabilité de la relation de service dépend du compromis entre les différents registres. Ces compromis se matérialisent souvent par des règles et des procédures qui, généralement, sont construites à un niveau plus élevé. C'est dans le niveau des conventions et de la régulation qu'elles se manifestent le plus. En ce sens, les conventions et les règles formelles prennent une certaine extériorité vis-à-vis des acteurs de la relation de service, ce qui rend difficile leur manipulation et leur assure une certaine rigueur. Ceci ne veut pas dire que cette relation est gouvernée à distance à travers des règles rigides. Le contrat incomplet qui régit les trois relations peut accorder une certaine souplesse dans la gestion des éventuels conflits. C'est le cas par exemple de la gestion quotidienne de la prestation qui échoit à l'utilisateur et au salarié. Ce sont eux qui généralement décident par concertation des priorités à traiter lors de l'exécution de la prestation, de la manière de faire le travail et des outils ou produits à utiliser, etc. Les règles et les conventions dessinent

les grands traits de ce qu'est le service de l'aide à domicile et la gestion quotidienne du travail à domicile est souvent laissé à l'appréciation des acteurs directs de la relation. C'est cette forme d'interaction qui permet à la relation de se dérouler avec moins de tensions. Cependant, cette proximité entre l'utilisateur et le salarié peut prendre une place différente dans la gestion de la relation de service selon les organisations. On peut trouver des organisations qui favorisent cette proximité et d'autres qui essaient de la circonscrire dans une sphère réduite. C'est justement l'objet du chapitre suivant qui propose une typologie d'organisations selon la place qu'occupe la proximité de l'utilisateur dans la construction du service.

CHAPITRE VIII

LES CONVENTIONS DE QUALITÉ COMME MODE DE COORDINATION DANS L'AIDE À DOMICILE

INTRODUCTION

On peut distinguer deux types de conventions dans l'aide à domicile. D'une part, les conventions de qualification de l'offre et de la demande et d'autre part, les conventions de qualité. Les premières sont des règles formelles ou informelles dont l'objet est de définir ce qu'est le service d'aide à domicile et le contenu des besoins à prendre en charge. Elles définissent le processus par lequel la prise en charge de la dépendance doit être effectuée. Ce sont des règles partagées par l'ensemble des acteurs de l'aide à domicile. Quelles sont ces règles et comment se sont-elles construites ?

Notre objectif n'est pas d'identifier l'ensemble des conventions dans l'aide à domicile mais de s'intéresser à celles qui nous semblent les plus importantes pour l'objet de cette thèse. Plus précisément, ce sont les conventions en lien avec le problème de l'incertitude partagée entre l'utilisateur et le prestataire qui nous intéressent le plus ici. En effet, dans le chapitre introductif de cette thèse nous avons souligné le fait que les attentes de l'utilisateur peuvent être difficilement définissables en des termes compréhensibles par les prestataires et le service proposé par ces derniers peut donc ne pas correspondre à ces attentes. Cette situation est due, selon Hirschman (1982), à l'ignorance partagée de l'objet de la demande et des réponses à proposer. La solution à ce type de problème est de qualifier la demande et les services qui lui sont associés. C'est justement le rôle de certaines règles comme l'agrément qui définit la démarche de prise en charge des besoins ou de la grille d'évaluation de ces besoins (Grille AGGIR). D'autres règles relevant des pratiques professionnelles telles que la définition des tâches des salariés par l'accord interprofessionnel ou les règles d'organisation interne du travail jouent aussi un rôle important dans la qualification des services.

Contrairement à ces conventions de qualification de l'offre et de la demande qui sont transversales aux acteurs, les conventions de qualité sont multiples et chaque partie d'acteurs peut être concernée par une convention différente de celle des autres. Ce sont des modèles de coordination entre les acteurs qui s'y identifient à travers elles. Son rôle est de poser les principes d'évaluation de la qualité. Puisque cette

même qualité est multidimensionnelle et mouvante, le compromis sur son évaluation ne serait-il pas fragile ? Par cette question, nous nous interrogeons sur la stabilité des conventions de qualité dans l'aide à domicile et donc sur la stabilité de la coordination dans le marché. L'hypothèse de l'économie des conventions consiste à supposer que cette stabilité est renforcée quand les acteurs continuent à s'identifier dans les mêmes conventions choisies au départ. Dans l'aide à domicile cette hypothèse peut être difficilement soutenable. En effet, puisque une relation de service réussie est généralement une relation répétitive dans le sens où elle est vouée à la durée, les usagers peuvent changer de mode d'évaluation de la qualité suite à l'évolution de leurs attentes. Autrement dit, avec le temps, la qualité peut changer de contenu et de forme pour un usager donné, ce qui signifie qu'il peut l'évaluer en suivant une convention différente à celle choisie au départ. Dans cette éventualité, serait-il amené à changer de prestataire ? L'autre solution possible est que le prestataire serait amené à changer de convention pour garder son client. Cependant, cela peut provoquer des réactions négatives de la part des autres clients qui eux continuent à demeurer dans la convention de départ. Ce dilemme peut être résumé par ce discours du directeur de l'association ADAR: « *nous devons satisfaire chaque client en lui apportant des solutions adaptées et cela en respectant deux contraintes : garder notre identité et ne pas mettre en péril notre équilibre économique* ». Garder l'identité sous-entend ne pas déroger aux principes de la convention de qualité dont s'inspire la démarche de l'association. En même temps, elle doit s'adapter à l'évolution des attentes de ses clients. Ceci conduit à nous demander sur la possibilité qu'une organisation puisse intervenir à partir de plusieurs conventions de qualité sans remettre en cause la cohérence de sa démarche.

1. LES CONVENTIONS DE QUALIFICATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

La qualification signifie ici la définition de procédures ou de règles sur lesquelles les acteurs peuvent s'appuyer pour fixer les engagements et les attentes de chaque partie de la relation de service. Sans ces procédures qui qualifient l'offre et la demande, il serait difficile d'envisager une relation durable entre l'usager et le prestataire. La raison vient du fait qu'il y a une incertitude partagée entre l'usager et le prestataire ; une incertitude sur ce qui est demandé (définition des attentes) et sur ce qui est proposé comme solutions (services offerts).

Nous rejoignons ainsi Barcet et Bonamy (1994) pour qui « *le processus de qualification est un ensemble d'opérations qui permet de définir ce qui sera vendu et la mise en relation des acteurs pour fonder la possibilité d'une relation marchande, en tenant compte des contraintes explicites de cette relation, soit dans la durée, soit dans la réciprocité des engagements, soit dans la localisation des solutions, soit dans l'élaboration des solutions* » (p.161). Dans l'aide à domicile, ce processus se déploie à travers quatre règles que nous appelons conventions de qualification : la convention de différenciation qualitative instituée par l'agrément qualité, la convention de mesure des besoins par la grille AGGIR, la convention de spécialisation interne des salariés et enfin, la convention de qualités idiosyncrasiques.

1.1. L'agrément qualité : une convention de différenciation qualitative

L'agrément qualité est une contrainte institutionnelle fixée par la loi pour la prise en charge à domicile des publics fragiles (personnes dépendantes et enfants en bas âge).

1.1.1. L'agrément qualité introduit une différenciation qualitative entre les prestataires

L'agrément qualité institue une procédure de qualité imposée à tous les prestataires intervenant chez les personnes dépendantes. Le cahier des charges de cette règle fixe les conditions qualitatives des services. Il s'agit donc d'une barrière à l'entrée sur le marché. Seuls les prestataires ayant obtenu cet agrément auront le droit de fournir des services à domicile aux personnes âgées de plus de 60 ans. Les prestataires dont la qualité n'est pas conforme aux exigences fixées par l'agrément sont exclus du marché. En ce sens, cet agrément garantit aux personnes âgées de plus de 60 ans un niveau de qualité minimal des services.

Au-delà de l'exigence de qualité que cette norme impose aux prestataires et de la garantie apportée aux usagers, l'agrément instaure par son existence une différenciation qualitative des prestataires.

Concrètement, il permet de distinguer les prestataires agréés et les prestataires non agréés. En ce sens, il distingue l'offre de qualité contrôlée et l'offre de qualité non contrôlée. Cette différenciation est importante dans la canalisation de la demande. En effet, comme l'a montré notre enquête, une grande partie de la demande (55%) est orientée dans le cadre des réseaux institutionnalisés vers des prestataires agréés. L'agrément qualité ne fournit pas une information précise sur la qualité des prestataires (*cf. infra*) mais il a le mérite de séparer l'offre en deux catégories.

Pour obtenir cet agrément, le prestataire doit exercer exclusivement des activités de fourniture de services à la personne dont la liste est fixée par décret¹⁷¹. La restriction des activités du prestataire agréé à une liste de services à la personne peut être interprétée comme un moyen pour neutraliser d'éventuels conflits dans la conception du service. La condition de spécialisation de l'organisation agréée sur des services à la personne (donc excluant les personnes morales) permet de clarifier son identité. Le principe de spécialisation sur des services destinés à des particuliers est donc le premier aspect de différenciation introduit par cet agrément.

Le deuxième aspect de différenciation est constitué par un ensemble d'engagements de qualité que le prestataire doit respecter. Ces engagements ne sont pas quantifiables, donc difficilement mesurables. Par ailleurs, ils définissent les principales modalités de la qualité contrôlée. Plus précisément, ils définissent la procédure à suivre dans la construction d'une relation de service de qualité. Il s'agit donc d'engagements contractualisés entre l'institution de régulation et le prestataire. L'agrément est accordé pour une durée de cinq ans et sa reconduction est soumise à l'appréciation de la DDASS à propos du respect des engagements de qualité par le prestataire. Ces engagements contractualisés permettent ainsi d'envisager une relation de confiance entre les personnes âgées et les prestataires. La mobilisation de cette confiance institutionnalisée dans le cadre d'un contrat entre les prestataires et le régulateur est possible grâce à l'agrément de qualité. Ce dernier dote ainsi les prestataires agréés d'une confiance qui les différencie des autres prestataires non agréés.

Avec ces différenciations rendues possibles par l'agrément, les personnes âgées peuvent avoir une idée sur la qualité des services des prestataires selon que ces derniers sont agréés ou pas. Par ailleurs, l'existence de cet agrément est très peu connue chez beaucoup de personnes âgées. On peut supposer alors que cette différenciation qualitative introduite par l'agrément est peu visible dans les milieux de la demande. En réalité cette différenciation est effective quand les usagers sont orientés par les institutions ou par le personnel de santé. Pour ces intermédiaires, la distinction entre l'offre agréée et l'offre non agréée est importante dans l'orientation des personnes dépendantes.

¹⁷¹ Décret n° 2005-1384 du 7 novembre 2005 et Arrêté du 24 novembre 2005 complété par le décret n°2007-854 du 14 mai 2007. Cf. Liaisons Sociales, n° 8672, Jeudi 16 février 2006 ou le site Legifrance.gouv.fr.

Ainsi, on peut dire que l'agrément qualité rend possible la différenciation des qualités de la même manière que l'a exercé la convention h_0 dans le modèle d'Orléan (1991, cf. chapitre III). Dans ce modèle, l'exclusion du marché des offreurs dont la qualité est la plus controversée permet de réduire l'incertitude qualitative. Suivant cette interprétation, dans l'aide à domicile l'agrément exclut du marché des services destinés aux personnes dépendantes les prestataires non agréés. La convention de qualité associée à h_0 dans le modèle correspond à la convention de qualité instituée par l'agrément qualité dans l'aide à domicile. Nous qualifions ainsi cet agrément de « convention de différenciation qualitative instituée » puisqu'elle l'est à travers la loi.

1.1.2. Une règle de qualification construite par des équivalences

La différence entre la convention de qualité h_0 dans le modèle d'Orléan (1991, op.cit. voir le point 4 du chapitre III) et la convention instituée dans l'aide à domicile par l'agrément qualité se situe dans leurs origines. Dans le marché des voitures d'occasion, qui est le champ d'analyse du modèle d'Orléan, la convention h_0 est construite selon un processus complexe d'interactions entre les utilités. C'est dans le niveau des relations de concurrence que cette convention prend sa forme. La convention instituée dans l'aide à domicile est en revanche, construite dans le niveau de régulation. C'est l'instance de régulation, le préfet en l'occurrence, qui fixe cette norme de qualité. Le fonctionnement du marché de l'aide à domicile se distingue du mode de fonctionnement décrit dans le modèle d'André Orléan par la place qu'occupe la régulation. Le caractère institutionnel de la norme de qualité fixée par le régulateur a vocation à assurer une certaine stabilité de son contenu. Par ailleurs, les rapports de concurrence de plus en plus forts, notamment avec l'ouverture du marché aux entreprises commerciales, peuvent exercer une certaine influence sur le contenu de cette norme. Pour expliquer cette influence, il faut s'interroger sur le processus de construction de la convention instituée dans l'aide à domicile. En effet, l'agrément renseigne sur des procédures de qualité et non pas sur un niveau fixe de celle-ci. L'évaluation objective de la qualité d'un prestataire est donc problématique dans la mesure où il n'y a pas d'indicateurs de qualité objectifs¹⁷². Dès lors, le respect des conditions minimales de la qualité est laissé à l'appréciation parfois approximative des instances de régulation et des acteurs. D'ailleurs, l'appréciation du niveau de satisfaction des conditions du cahier des charges par la DDASS est établie sur une comparaison de pratiques. Elle retient comme repère un ensemble de « bonnes pratiques » déjà observées sur le marché. Par ce procédé, elle aligne les compétences exigées des nouveaux opérateurs sur celles des opérateurs

¹⁷² Ces indicateurs peuvent être d'ordre quantitatif comme le rapport entre les compétences professionnelles (qualifications) et la nature de la demande (nombre de personnes dépendantes prises en charge). Comme on peut envisager un système de paramétrage de la qualité globale des prestataires analogue à celui des entreprises de restauration ou de l'hôtellerie (systèmes de classement ou de certification).

déjà implantés dans le marché (Haddad, 2003, p. 201). La norme est ainsi construite sur la base d'une comparaison entre les prestataires établis sur le territoire¹⁷³. On peut donc dire que cette norme est construite sur la base des équivalences dans le sens où le régulateur établit la démarche de qualité à suivre équivalente à la démarche d'un prestataire représentatif.

1.2. La Grille AGGIR comme outil d'évaluation des besoins : une convention de mesure

Les besoins en aide à domicile renvoient à des situations très complexes. Ces situations sont très différentes d'un individu à un autre, elles évoluent différemment et sont le résultat de la conjonction d'un ensemble de facteurs différents. Le contrat de prestation ne peut être possible sans un accord sur la définition des besoins. La grille AGGIR est une règle permettant de qualifier la demande en évaluant objectivement les besoins de l'utilisateur.

1.2.1. Un outil d'évaluation commune permettant de qualifier la demande

La prestation de service d'aide à domicile s'applique à des situations complexes dont l'interprétation peut faire l'objet de malentendus entre le prestataire et l'utilisateur. C'est ce que nous avons qualifié d'incertitude partagée dans le sens où ni le prestataire ni l'utilisateur n'est capable de définir avec exactitude la nature des besoins à prendre en charge. En outre, ces besoins sont changeants. Ils évoluent avec l'évolution de la situation sociale et sanitaire de la personne âgée. Selon qu'elle soit lourdement ou faiblement dépendante, ses besoins ne sont pas identiques. Par exemple, l'incorporation des soins à domicile dans la prise en charge est une nécessité pour la personne lourdement dépendante et l'est moins pour la personne faiblement dépendante. Le volume du service est également différent et ces différences peuvent varier

¹⁷³ Nous n'avons pas pu vérifier cette hypothèse directement au niveau des départements, mais cela nous semble une pratique courante si l'on en croit certains responsables d'associations. En l'absence de règles formelles, les autorités sont dans l'obligation de recourir à des comparaisons, ou à des bonnes pratiques comme cela a été recommandé dans le cahier des charges de l'agrément. Soulignons que l'absence d'indicateurs quantifiables de la qualité dans les textes juridiques réglementant l'aide à domicile s'explique par le faible niveau de professionnalisation de l'activité. Le régulateur a préféré passer par des mesures incitatives à la qualité plutôt que par des mesures coercitives et rigides. En effet, le bénéfice du financement public est souvent accompagné par des objectifs de qualité clairement définis. C'est le cas par exemple du Fond de modernisation de l'aide à domicile (FMAD) où le contrat d'Engagement de Formation indique l'objectif de 20% de personnel qualifié (personnel d'encadrement) à atteindre par le prestataire bénéficiaire de l'aide financière. Certaines conventions départementales vont dans le même sens. C'est le cas de la convention multipartite réunissant l'Etat, le Département de la Loire et les différents acteurs locaux dont l'objectif affiché est d'atteindre 27% du personnel qualifié au sein de chaque organisation prestataire.

considérablement d'une situation à une autre et d'une période à une autre. La qualité des prestations et leur nature même sont donc très disparates selon les situations socio-sanitaires des personnes âgées. Par conséquent, le coût de prise en charge de la dépendance est nécessairement différent selon ces situations.

Afin de déterminer le montant de l'allocation et les conditions d'éligibilité, les financeurs institutionnels de la dépendance (Conseils Généraux, la CNAV, la CNAM et les mutuelles) ont besoin d'un outil leur permettant d'évaluer la situation socio-sanitaire de l'usager. Les gérontologues utilisent diverses méthodes pour évaluer la perte d'autonomie¹⁷⁴. En 1997, la grille AGGIR a été officiellement reprise comme l'outil légal d'évaluation donnant l'accès à la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) et par la suite, à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). La méthode AGGIR permet de définir à travers une batterie de critères très précis le degré de perte d'autonomie (encadré 1, chapitre I). Cette grille permet ainsi aux financeurs mais aussi aux autres acteurs de l'aide à domicile de standardiser l'évaluation des besoins en termes d'aide à l'autonomie. En effet, cette grille institue une méthode d'évaluation des besoins de la personne âgée commune sur l'ensemble du territoire et à l'ensemble des acteurs. Elle permet donc aux trois principaux acteurs de la relation de service (le prestataire, la personne âgée et le financeur) de s'entendre sur la nature des besoins à prendre en charge, leur volume et sur un plan d'aide. Elle offre ainsi la possibilité d'un accord commun sur la prestation dans la mesure où les résultats de l'évaluation sont repris en tant qu'engagements contractualisés entre les trois acteurs.

1.2.2. Une convention intégrant l'évolution des besoins dans la qualification de la demande

La grille AGGIR permet un accord entre les différents acteurs sur le contenu des besoins avant même le déroulement de la relation de service. Le problème qui reste posé est le suivant : comment prévoir l'évolution de la situation de la personne et comment l'intégrer dans le plan d'aide ? Ce problème contraint les acteurs à s'entendre sur les modalités d'évaluation de l'évolution de la dépendance. En effet, la loi instaure le principe d'une révision périodique du niveau de dépendance, mais il revient à chaque département d'en définir la périodicité. Elle peut également intervenir à la demande de la personne âgée (ou de son représentant légal). En général, elle intervient le plus souvent à la demande du prestataire quand il observe des signes de dégradation de la situation de la personne âgée ou du médecin traitant de la personne âgée. Dans ce cas, une autre évaluation est effectuée et un autre plan d'aide est proposé si la situation du bénéficiaire a évolué. La personne âgée peut donc bénéficier suite à cette révision de ses besoins d'une augmentation des heures d'aide, de leur fréquence ou de la qualité du service. Elle peut également bénéficier d'autres services comme les soins à domicile. Cela fait intervenir dans la relation de

¹⁷⁴ Pour plus de détails sur les différentes grilles voir notamment, Estéphan et *alii*, 1997 et Colin, 2000.

service d'autres acteurs : la CRAM ou la mutuelle de santé en tant que financeurs de ces services de soins et un personnel de soins : une infirmière, une aide soignante, un gérontologue, etc. Ce personnel est mobilisé par le prestataire de la personne âgée s'il fournit ces services ou par un autre prestataire agréé et recommandé par le financeur.

L'évaluation de la demande est ainsi effectuée à travers cette grille avant et pendant le contrat de prestation. En ce sens, cette méthode d'évaluation instaure une « convention de mesure » qui permet de définir les engagements des acteurs correspondant aux besoins présents de la personne âgée. Elle introduit la temporalité dans la définition des besoins assurant ainsi les bases d'une adaptation de la qualité de prise en charge à l'évolution de la situation de la personne âgée. Le caractère commun et uniforme de cette évaluation empêche toute ambiguïté dans l'interprétation des besoins et réduit le risque de manipulation de l'objet de la prestation. Cette forme d'objectivation de la demande assure une certaine stabilité à la relation de service¹⁷⁵.

1.2.3. Légitimation de l'évaluation à travers les fondements juridiques de la grille AGGIR

Le caractère juridique de la grille AGGIR lui donne cette légitimité. Cette grille étant instituée par la loi, elle est de fait l'outil légal d'évaluation de la dépendance des personnes âgées. Sa construction se trouve donc dans le registre *civique* au sens de Boltanski et Thévenot (1991). En effet, le législateur a choisi cette méthode parmi d'autres. Le choix d'une méthode plutôt qu'une autre peut s'expliquer par son degré d'élaboration, son efficacité dans la définition complète de la situation de dépendance ou par sa facilité d'application dans l'aide à domicile. D'autres considérations peuvent influencer le choix du législateur. On peut invoquer par exemple l'impact financier des différentes méthodes sur le coût collectif de l'aide à domicile, leur impact différencié sur le bien être des bénéficiaires, leur cohérence avec les principes de justice, d'équité ou de liberté, etc. Ces différents facteurs ont sans doute pesé dans le choix du législateur. Ce choix est donc issu d'un compromis entre les différentes contraintes de santé publique, d'opérationnalité de la méthode, de solidarité collective et de finances publiques. Ce qui assure une certaine légitimité à ce choix est le fait qu'il soit déterminé dans un cadre concerté entre les différents acteurs institutionnels : les gérontologues, les financeurs, les collectivités locales et l'Etat à travers le ministère de la santé et le ministère de la solidarité. Le compromis entre ces différents acteurs est par la suite entériné par le législateur sous forme d'une loi.

¹⁷⁵ Thévenot met en évidence le rôle des objets dans la coordination de l'action : « la charge qui pèse sur l'entendement des personnes dans leur spéculation, leurs jugements et leurs justification peut être allégée et reportée en partie sur les objets » (THEVENOT, 1989, P. 157).

1.2.4. Légitimation par l'objectivité et la neutralité de l'évaluation

Comme nous l'avons mentionné précédemment, cette évaluation est conduite par une tierce partie mandatée par le régulateur. Il ne s'agit plus donc d'une co-définition de la demande entre le prestataire et l'utilisateur, mais d'une définition complètement externe à ces deux principales parties prenantes du contrat de prestation. Une partie du service, si ce n'est sa totalité, est ainsi définie par une partie extérieure à la relation entre le prestataire et le bénéficiaire (Clergeau et Dussuet, 2004 a). Cette évaluation échappe à l'instrumentalisation des acteurs puisqu'elle est assurée par un outil commun et surtout du fait que ce dernier est institué par la loi, ce qui garantit sa crédibilité. Outre le caractère juridique de la grille AGGIR, l'évaluation des besoins effectuée par une partie extérieure au contrat peut assurer une certaine neutralité. Ainsi pour la personne âgée, le doute sur le comportement opportuniste du prestataire dans l'évaluation des besoins est en partie dissipé. Cette extériorité de l'évaluation et son objectivité permettent d'apporter une solution acceptable aux tensions qui entourent la relation de service.

Cette convention de mesure instituée par la grille AGGIR permet d'identifier les besoins de l'utilisateur en qualifiant la demande. Mais la réponse à cette demande nécessite d'établir un lien avec la qualité du service. Notre enquête nous a permis de mettre en relief une pratique professionnelle qui associe les niveaux de dépendance aux niveaux de qualification. Il s'agit d'une « convention de spécialisation interne » des compétences professionnelles construite sur la base de trois éléments : la classification de la grille AGGIR, la classification des emplois dans la convention collective et les pratiques « informelles » propres au secteur d'aide à domicile.

1.3. La convention de spécialisation qualificative

Comment expliquer le lien entre la qualité et le niveau de dépendance ? Pour comprendre comment se construit le niveau de la qualité d'un prestataire, il est nécessaire d'examiner le processus même de la prestation, autrement dit, l'organisation interne du travail.

1.3.1. Le contexte de l'organisation interne du travail

Les prestataires interprètent la structure de la demande comme un mode opératoire de l'organisation interne du travail. Dans les pratiques professionnelles, le niveau de dépendance d'une personne âgée est assimilé aux qualifications nécessaires que le prestataire doit mettre en œuvre pour lui apporter une aide individualisée. La prestation du service peut alors s'effectuer selon un système d'association entre les qualifications et les niveaux de dépendance. Le personnel qualifié s'occupe des personnes lourdement dépendantes alors que le personnel peu qualifié est affecté aux tâches comprenant l'entretien du domicile.

Ce mode d'organisation interne est inscrit dans les conventions d'objectifs conclues avec les Conseils Généraux et dans l'accord interprofessionnel de la branche d'aide à domicile. Cela laisse apparaître la possibilité d'une standardisation du service avec les risques qui lui sont associés en ce qui concerne la qualité, notamment dans sa dimension relationnelle (Du Tertre, 1999).

Ce schéma d'organisation du travail est observé dans plusieurs structures : les deux types d'aide (qualifiée et non qualifiée) se relaient au sein du même domicile pour prendre en charge les différents besoins de la personne aidée. Cette pratique introduit une spécialisation verticale du personnel par niveaux de qualification. La convention collective de l'aide à domicile distingue d'ailleurs trois catégories d'emplois (tableau 4) classés selon leur niveau de qualification et la nature des tâches à effectuer :

- La catégorie A représente la plus basse échelle de salaire et de qualification : elle est composée des « Agents à domicile » et « Agents polyvalents » sans niveau de qualification reconnu. Ces salariés interviennent dans des tâches « simples » chez les personnes faiblement dépendantes ou chez une personne lourdement dépendante mais sous la responsabilité d'un salarié qualifié.
- La catégorie B est composée de salariés ayant un minimum de qualification professionnelle, effectuant des tâches similaires à celles de la catégorie A mais avec plus de responsabilité et d'autonomie chez les personnes lourdement dépendantes.
- La catégorie C est composée des salariés ayant le plus haut niveau de qualification reconnu par la branche aide à domicile¹⁷⁶. Parmi les tâches exercées par les salariés, l'accompagnement dans la vie quotidienne et sociale avec sa composante relationnelle très forte, l'évaluation des besoins et l'adaptation de la prestation à l'évolution de la situation de la personne aidée.

1.3.2. L'affectation des qualifications selon les besoins des personnes aidées

La décomposition de l'aide en travail qualifié et non qualifié répond à l'exigence de rationalisation dans l'utilisation des compétences. Le temps de travail du salarié qualifié¹⁷⁷ est réparti sur un certain nombre de personnes aidées et éventuellement complété par le travail des salariés peu qualifiés intervenant sur des tâches de faible technicité. Suivant nos observations empiriques et les indications de l'accord de branche de l'aide à domicile, nous avons essayé de montrer comment l'on associe les qualifications professionnelles aux niveaux de dépendance des personnes aidées (tableau n°37).

¹⁷⁶ Le DEAVS (Diplôme d'État d'assistant de vie sociale, niveau V) est le diplôme le plus élevé dans la branche aide à domicile hors activité socio-sanitaire et activité d'aide à la famille.

¹⁷⁷ Nous utilisons indifféremment le masculin et le féminin pour désigner les salariés des services de l'aide à domicile. Néanmoins, il convient de préciser que ces salariés sont en général des femmes puisque plus de 90% des emplois sont occupés par celles-ci.

Tableau 37. L'association entre les qualifications et la nature de dépendance

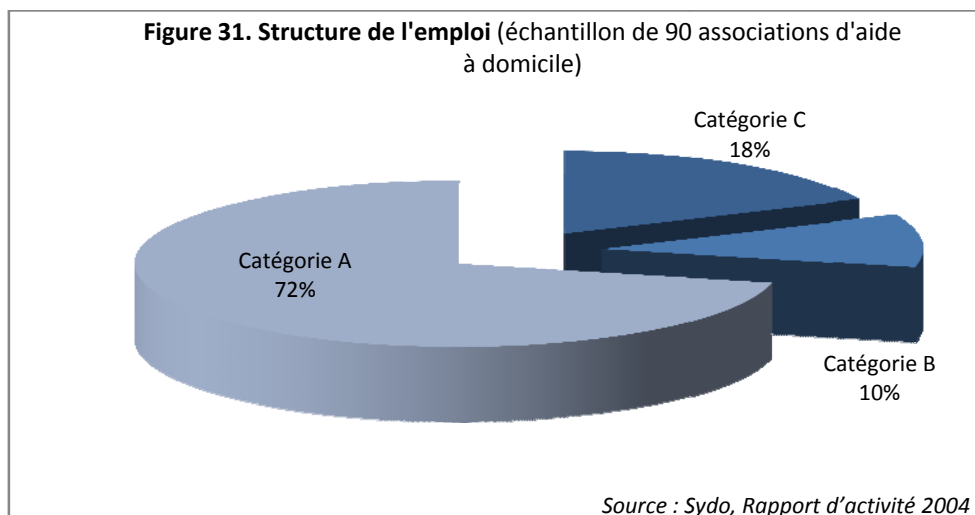
Niveau de qualification des intervenants	Caractéristiques de l'intervention		
	La demande prise en charge	Niveau de qualification	Nature des missions
Catégorie C	Principalement GIR 1 et 2	Élevé	Tâches complexes et plutôt relationnelles
Catégorie B	Principalement GIR 3 et secondairement les autres GIR	Moyen	Mixte entre le relationnel et le ménage
<i>Catégorie A</i>	Principalement les GIR 4, 5 et 6	Faible	Ménage et autres tâches liées à l'entretien du domicile

Source : Accord de la branche aide à domicile relatif aux emplois et aux rémunérations, Convention collective nationale du 29 mars 2002 ; Legifrance. gouv.fr

Le personnel de la catégorie A est affecté aux tâches ménagères essentiellement pour aider les personnes faiblement dépendantes (Gir 4, 5, 6) et accessoirement les personnes lourdement et moyennement dépendantes (Gir 1, 2 et 3). Le personnel de la catégorie B est polyvalent. Son intervention peut être un complément au travail des intervenants qualifiés et non qualifiés. Les compétences professionnelles dont dispose ce personnel lui permettent de prendre en charge l'aide aux personnes en Gir 3 et de relayer le personnel de la catégorie A ou C. Le personnel qualifié (catégorie C) est affecté pour les tâches nécessitant des techniques spécialisées. Généralement les personnes aidées par cette catégorie sont à mobilité très réduite, classées en Gir 1 ou 2. Accessoirement, ce personnel intervient dans certains cas chez les personnes moyennement dépendantes nécessitant ses compétences.

Cette forme d'organisation interne du travail en fonction de la nature des besoins nous donne une indication de ce que serait la structure de l'emploi selon le niveau de qualification. En effet, la structure de la demande indique que la majorité des personnes âgées aidées à domicile sont faiblement dépendantes ou autonomes¹⁷⁸. Par conséquent, suivant la convention de spécialisation interne, la majorité de l'emploi serait de faible qualité. C'est ce que montre la figure n°16. Elle représente la répartition des emplois par niveau de qualification au sein d'un réseau de 90 associations employant environ 8000 salariés. Plus de 70% des emplois sont classés en catégorie A et seulement 18% sont classés en catégorie C (figure 31).

¹⁷⁸ Environ 77% des personnes aidées à domicile sont classées en GIR 4,5 et 6 (cf. tableau 3, chapitre I).



En résumé, l'affectation des qualifications professionnelles selon le niveau de dépendance s'apparente à une pratique professionnelle largement adoptée par les prestataires. Les textes juridiques réglementant l'aide à domicile ne précisent pas le niveau de qualification nécessaire pour chaque niveau de dépendance. Le code de l'action sociale se borne à rappeler le rôle des équipes médico-sociales dans la détermination du niveau de la qualité du service : « *L'équipe médico-sociale recommande, dans le plan d'aide mentionné dans l'article L. 232-3, les modalités d'intervention qui lui paraissent les plus appropriées compte tenu du besoin d'aide et de l'état de perte d'autonomie du bénéficiaire* » (Article L. 232-6 du code de l'action sociale et de la famille). Cependant, dans le même article le législateur pose le principe de préférence aux services fournis par les organisations prestataires lorsque la personne âgée aidée est lourdement dépendante (GIR 1 et 2). « *Dans les cas de perte d'autonomie les plus importants déterminés par voie réglementaire, lorsque le plan d'aide prévoit l'intervention d'une tierce personne à domicile, l'allocation personnalisée d'autonomie est, sauf refus exprès du bénéficiaire, affectée à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du code du travail* » (Article L. 232-6).

La loi instaure donc un mécanisme incitatif à la qualité sans déterminer précisément son niveau. La qualité semble être définie dans le cadre des relations professionnelles. Ces pratiques instituant l'appariement des compétences à des niveaux de dépendance sont à l'origine de la convention de spécialisation interne des qualifications professionnelles. La grille AGGIR évaluative des besoins socio-sanitaires des personnes âgées et les règles plutôt tacites de détermination de la qualité par les équipes médico-sociales sont les fondements de cette convention. De ce fait, la qualité des services que nous avons appréhendée à travers les qualifications professionnelles semble être le résultat d'une conception technico-administrative de la demande.

1.4. Les limites de la convention de mesure et de spécialisation

L'objectif de la grille AGGIR est, rappelons-le, la mise à disposition pour tous les acteurs d'un outil commun leur permettant de définir les besoins. Il faut préciser que cette grille est initialement instituée pour évaluer la dépendance des personnes âgées en institutions (maisons de retraite). Elle est appliquée dans l'aide à domicile avec la mise en place de la PSD en 1997. Or, l'isolement social des personnes à domicile est plus marquant par rapport aux personnes en institutions. Par conséquent, un ensemble de besoins échappent à l'évaluation. Comme le mentionne le docteur Bevernage (2002), les besoins de surveillance à domicile, en particulier du risque de chutes et, surtout, de leurs conséquences ne sont pas pris en compte par cette grille. La critique adressée à cet outil d'évaluation est son caractère administratif et sanitaire dominant, qui met à l'écart le contexte social de la personne vivant à domicile. À ce sujet, Bernard Ennuyer (2006) fait remarquer que cette grille « ne permet pas de décrire la complexité de la situation d'une personne dans son environnement » (p. 60). Cet outil mesure l'incapacité de la personne et non pas sa dépendance selon Ennuyer. On peut considérer que l'évaluation par la grille est un compromis entre la demande et les besoins, autrement dit entre le volume de services que la collectivité peut financer et le volume de besoins inhérents au maintien à domicile des personnes âgées. Cette lacune se traduit par des prestations incomplètes provoquant le mécontentement des usagers. Comme le note Bresse (2004), plus de 70% des besoins des personnes âgées vivant à domicile ne sont pas satisfaits. Ce manque de prise en charge des besoins est à imputer, en grande partie, au mode d'évaluation des besoins des personnes âgées.

La spécialisation des employés selon leur compétence et en fonction de la dépendance de la personne âgée se heurte à deux grandes difficultés. La première est d'ordre interne et résulte de la contestation des salariés qualifiés à intervenir uniquement chez des personnes lourdement dépendantes ou à exercer des tâches spécifiquement dédiées à l'hygiène de la personne aidée. Ce travail est jugé par les salariés éprouvant physiquement et moralement. La généralisation des thérapies de soutien psychologique aux salariés (groupes de parole) illustre les difficultés à exercer ce métier. Pour soulager la charge que subissent les intervenantes, certains employeurs accèdent à leur revendication en tolérant une sorte de polyvalence : *« quand on voit qu'une intervenante est au bout du rouleau, on lui propose des interventions plus simples chez des personnes autonomes pour lui permettre de prendre de l'air... »* (Responsable de secteur, Association Y).

L'autre difficulté provient de l'évaluation que font les clients de la qualité des prestations. Cette évaluation forcément subjective met à mal la spécialisation construite exclusivement à partir du registre des compétences techniques. Le travers d'une spécialisation excessive est de standardiser le service d'aide à domicile. Or, ces services ont une forte dimension relationnelle qui s'oppose à leur

standardisation. L'opposition se manifeste particulièrement dans l'évaluation subjective des clients. Pour une grande partie des personnes âgées, les qualités relationnelles (comportementales, sociales et humaines) priment sur les qualités techniques (cf. chapitre V). Les prestataires doivent donc trouver un juste équilibre entre d'une part, la spécialisation à travers les compétences techniques et d'autre part, l'incorporation des qualités relationnelles dans la construction du service. Comme nous allons le voir dans le point suivant, cette dimension relationnelle est de plus en plus intégrée dans la démarche de qualité des prestataires.

1.5. La coordination par les qualités idiosyncrasiques

Les limites des trois conventions de qualification de l'offre et de la demande a conduit les organisations prestataires à suivre une autre convention de nature différente. Il s'agit de l'incorporation des qualités relationnelles dans la démarche de prestation de service. L'objectif poursuivi est de répondre aux attentes des personnes âgées qui sont nombreuses à exiger ce type de qualités, mais aussi à fidéliser la clientèle puisque la stabilité de la relation de service dépend en grande partie de la capacité du salarié à mobiliser ces qualités.

1.5.1. L'évaluation subjective de la qualité par les salariés

Les qualités relationnelles peuvent être identifiées dans deux types de compétences : contractuelles et civiles (Goffman, op.cit.). Le premier type renvoie à la capacité du salarié à instaurer un climat relationnel qui permet le respect du contrat de prestation et l'adaptation du service rendu. Le deuxième type est constitué de sa capacité à construire l'échange, à personnaliser la relation et de règles de politesse (Gadrey N. et alii. 2003). Cet ensemble de qualités comportementales nous les qualifions d'idiosyncrasiques en suivant Eymard-Duvernay (2004).

Notre enquête montre que ces qualités relationnelles ont un poids important dans l'évaluation de la qualité globale du prestataire. A la question « quelles sont les trois qualités les plus importantes pour vous ? », les personnes âgées placent la confiance, le « savoir-être » et le respect en haut du classement (tableau ci-après). La confiance en l'intervenant désigne la confiance à confier son soi et son domicile, la confiance dans son travail, etc. Le « savoir-être » de l'intervenante consiste en sa façon de se comporter avec la personne âgée, sa façon de s'habiller, de parler, etc. Enfin, le respect renvoie au respect de l'intégrité physique et morale de la personne âgée. Parallèlement, les trois principales compétences professionnelles arrivent en 4^e, 5^e et 7^e position.

Tableau 38. Classement des qualités par les personnes âgées

<i>Qualités professionnelles</i>		<i>Qualités relationnelles</i>	
Ponctualité	12,20%	Confiance	19,40%
Professionalisme	11,60%	Savoir-être	15,90%
Sens de l'organisation	9,00%	Respect	12,90%
		Convivialité	11,10%
		Ecoute	7,90%
Total	32,80%	Total	67,20%

Ce classement montre deux modes d'évaluation subjective : une préférence pour les qualités relationnelles (67% des usagers) et une préférence pour les qualités professionnelles (33% des usagers). Le niveau de dépendance n'explique pas cette différence. Les usagers sont majoritaires à préférer les qualités relationnelles quel que soit leur niveau de dépendance. Cela ne veut pas dire que les usagers se désintéressent des compétences professionnelles. Au contraire, les termes « professionnalisation » et « sérieux » sont les plus récurrents dans leur discours. Ce qu'il faut comprendre par cette classification est leur désir d'incorporer suffisamment la dimension relationnelle dans la qualité des services.

1.5.2. L'incorporation des qualités relationnelles dans la construction du service

La concurrence de plus en plus forte entre prestataires contraint ces derniers à incorporer les qualités relationnelles dans la construction du service. Ayant saisi ce désir et surtout l'enjeu de l'évaluation subjective, les prestataires ont mis en place deux procédures d'incorporation des qualités relationnelles dans le service :

- La combinaison entre le profil de la personne âgée et de l'employé : dans la majorité des organisations que nous avons enquêtées, les responsables de secteurs¹⁷⁹ cherchent une meilleure combinaison entre les caractéristiques personnelles et comportementales de l'employé et celles de la personne aidée. Ce qu'on appelle dans le métier de l'aide à domicile le protocole de définition de l'aide désigne l'accord entre le prestataire et l'utilisateur sur les modalités de mise en place de l'aide. Il est précédé par un travail d'évaluation « informel » de la situation du bénéficiaire effectué par le responsable de secteur. En effet, avant la mise en place du plan d'aide, le responsable du secteur effectue une visite au domicile de la personne âgée pour lui expliquer le contenu de l'aide et s'entretenir avec elle. A travers ces entretiens, il essaie de cerner les caractéristiques psychologiques de la personne âgée et de juger qui de ses employés disponibles a « le caractère adapté au profil

¹⁷⁹ Un emploi correspondant à un poste de cadre. Son rôle est d'organiser les relations entre les employés et les usagers dans un secteur géographique donné.

psychologique de cette personne » (Responsable de secteur de l'association A). Par caractère est sous entendu les qualités relationnelles mais aussi les compétences professionnelles de l'employé.

- L'intégration des qualités relationnelles dans le recrutement : outre les qualifications professionnelles (diplôme, expérience), les qualités relationnelles deviennent de plus en plus un critère important dans le recrutement des salariés. Dans le Département du Nord par exemple, une méthode de recrutement basée sur l'identification de ces qualités est expérimentée depuis 2005 au sein d'un réseau de 90 associations. Il s'agit de la méthode dite de « simulation » mise en place dans le cadre d'un partenariat entre l'ANPE et ce réseau d'associations d'aide à domicile. Son objectif est de mettre fictivement le candidat à l'emploi dans une situation de prestation de service. L'exercice permet au recruteur d'apprécier une partie des qualités comportementales du candidat.

D'autres méthodes de recrutement moins formalisées sont également mises en œuvre. On peut citer l'exemple de l'association AMFD où une place importante est accordée aux qualités relationnelles dans l'entretien d'embauche. La directrice de l'association essaie toujours d'évaluer ces qualités à partir de sa propre expérience dans le métier :

« Je me base sur des questions bien précises comme l'expérience de la candidate dans son cercle familial. Par exemple, je favorise une personne qui s'est occupé d'un parent âgé dans sa famille. Par la suite, au cours de la discussion je peux « sentir » si la personne est sensible aux préoccupations des personnes âgées, si elle a le sens de l'écoute, comment se comportera-t-elle si la personne âgée a un besoin de parler, etc... j'utilise mon « flair » pour évaluer ces capacités relationnelles » (Directrice de l'association AMFD).

La majorité des structures que nous avons contactées utilise cette méthode d'évaluation subjective des qualités relationnelles des candidats. À notre connaissance, cette pratique est largement suivie par les prestataires d'aide à domicile. Cette incorporation des qualités relationnelles dans le service est une tentative de rapprochement de la qualité globale de la prestation avec les attentes effectives des personnes âgées. En ce sens, elle vient compléter les règles qualificatives de la demande et du service permettant de corriger les limites de la convention de mesure des besoins et de la convention de spécialisation. La place importante des qualités relationnelles dans la qualité globale des services d'aide à domicile est synonyme d'une coordination par les qualités idiosyncrasiques. Ces qualités se situent dans le monde domestique au sens de Boltanski et Thévenot (1991). Plus précisément, cette coordination est à rapprocher de la convention domestique au sens d'Eymard-Duvernay (1989) ou de la convention de qualité immatérielle au sens de Salais et Storper (1993).

Par ailleurs, cette convention de qualité relationnelle est elle-même porteuse de limites. En effet, les prestataires doivent faire face à une double contrainte : le turnover très élevé dans le secteur et le déficit structurel de la main d'œuvre qualifiée. Par conséquent, les employeurs sont obligés de proposer des employés à domicile en fonction de ce que leur offre le marché du travail. La pénibilité du métier et la

faible reconnaissance professionnelle et sociale dans ce métier conduisent à la fois à un manque d'implication des salariés et à la désaffection des demandeurs d'emploi disposant de ces qualités relationnelles. Cette double contrainte interne et externe limite la capacité des prestataires à mobiliser ces qualités relationnelles.

2. QUATRE MODÈLES D'ORGANISATION ASSOCIÉS À QUATRE CONVENTIONS DE QUALITÉ

On peut distinguer les organisations prestataires de services d'aide à domicile selon quatre démarches de qualité : la professionnalisation de leur offre, leur démarche de proximité, la diversification/spécialisation de leurs services et enfin, la diversification/spécialisation des publics. Chaque organisation se différencie des autres par le degré d'aboutissement de sa démarche de qualité. Pour les observer, on peut définir pour chaque démarche, que l'on peut représenter sur un axe, un point de départ et un point d'arrivée. Les deux extrémités de chaque axe renvoient à deux modèles d'organisations opposés (cf. le paragraphe suivant). On peut citer l'exemple de la démarche de proximité qui définit un modèle d'organisation proches des usagers dont le service est individualisé par opposition à un autre modèle de type marchand et dont le service est impersonnel. Avant de définir les différents modèles d'organisation, il convient d'abord de définir les quatre démarches de qualité.

1) La démarche de professionnalisation de l'offre

Il s'agit d'une démarche de qualification des emplois et de la mise en place de procédures de qualité formalisées. La professionnalisation suppose donc que les salariés aient une qualification professionnelle reconnue et également une aptitude à concevoir le service à partir des procédures mises en place. Cela signifie qu'en face des situations de tension, le salarié peut et doit mobiliser ces règles lui permettant de les dépasser. Les procédures de qualité peuvent lever les ambiguïtés sur les obligations du salarié et les attentes de l'utilisateur. En d'autres termes, elles instaurent une définition plus claire du service. Le respect de ces règles garantit une certaine régularité de la qualité, ce qui réduit l'incertitude de l'utilisateur.

Par opposition à ce modèle d'organisation « professionnelle », un autre modèle est construit sur les compétences relationnelles des salariés et sur leur adaptabilité¹⁸⁰. L'autre caractéristique de ce modèle est l'autonomie des salariés. Etant donné que les procédures de qualité sont peu formalisées dans ce modèle d'organisation, il revient au salarié de s'adapter aux situations des utilisateurs. Les attentes de l'utilisateur et les obligations du salarié sont ainsi définies d'une manière informelle parallèlement à ce que prévoit le contrat de prestation. Comme le note Papermann (2005), il s'agit pour le salarié de mobiliser sa compétence de « *discernement des besoins* » afin de proposer des « *réponses appropriées* » (Papermann citée par Ribault, 2008, p. 204).

¹⁸⁰ Ribault (2008) identifie cette qualité d'adaptation des salariés à travers la convention pragmatique, qui renvoie « à la capacité de s'adapter à l'imprévu, à générer de la confiance à travers la ponctualité et la continuité de son intervention, à bricoler des solutions mettant en jeu des aptitudes psychologiques et d'écoute » (p. 204).

2) La démarche de spécialisation/diversification des services offerts

L'identité des organisations peut être associée à la nature de leurs services. Certaines sont spécialisées dans un type de services que l'on peut identifier comme étant des spécialistes dans ces services. D'autres fournissent une variété de services à travers laquelle elles s'identifient comme des intégrateurs de compétences et de service. À travers cette démarche, nous distinguons ainsi un domaine de spécialisation constitué des services d'aide ménagère qui peuvent être fournis aux personnes dépendantes ou aux personnes actives. La diversification de l'offre consiste à fournir en plus des services d'aide ménagère d'autres services tels que le soin à domicile, l'accueil de jour, la garde d'enfants, le soutien scolaire, les services techniques de réparation, l'accompagnement à l'extérieur du domicile, etc.

3) La démarche de spécialisation/diversification des publics pris en charge

Parallèlement à la démarche de spécialisation/diversification des services, les organisations suivent une autre démarche consistant à se spécialiser sur un type de public ou à s'adresser à des publics divers. En ce qui concerne cette thèse, nous distinguons la spécialisation dans la prise en charge des personnes dépendantes et la spécialisation dans la prise en charge des besoins des ménages actifs. Entre ces deux pôles de spécialisations, coexiste un continuum d'organisations dont l'offre est plus ou moins orientée vers les personnes dépendantes ou vers les personnes actives. L'agrément qualité est une règle institutionnelle plutôt incitative à la spécialisation sur des publics fragiles. D'un autre côté, la défiscalisation du revenu des ménages actifs et la possibilité de fournir un certain nombre de services sous le régime mandataire incitent les organisations à diversifier leur public.

4) La démarche de proximité

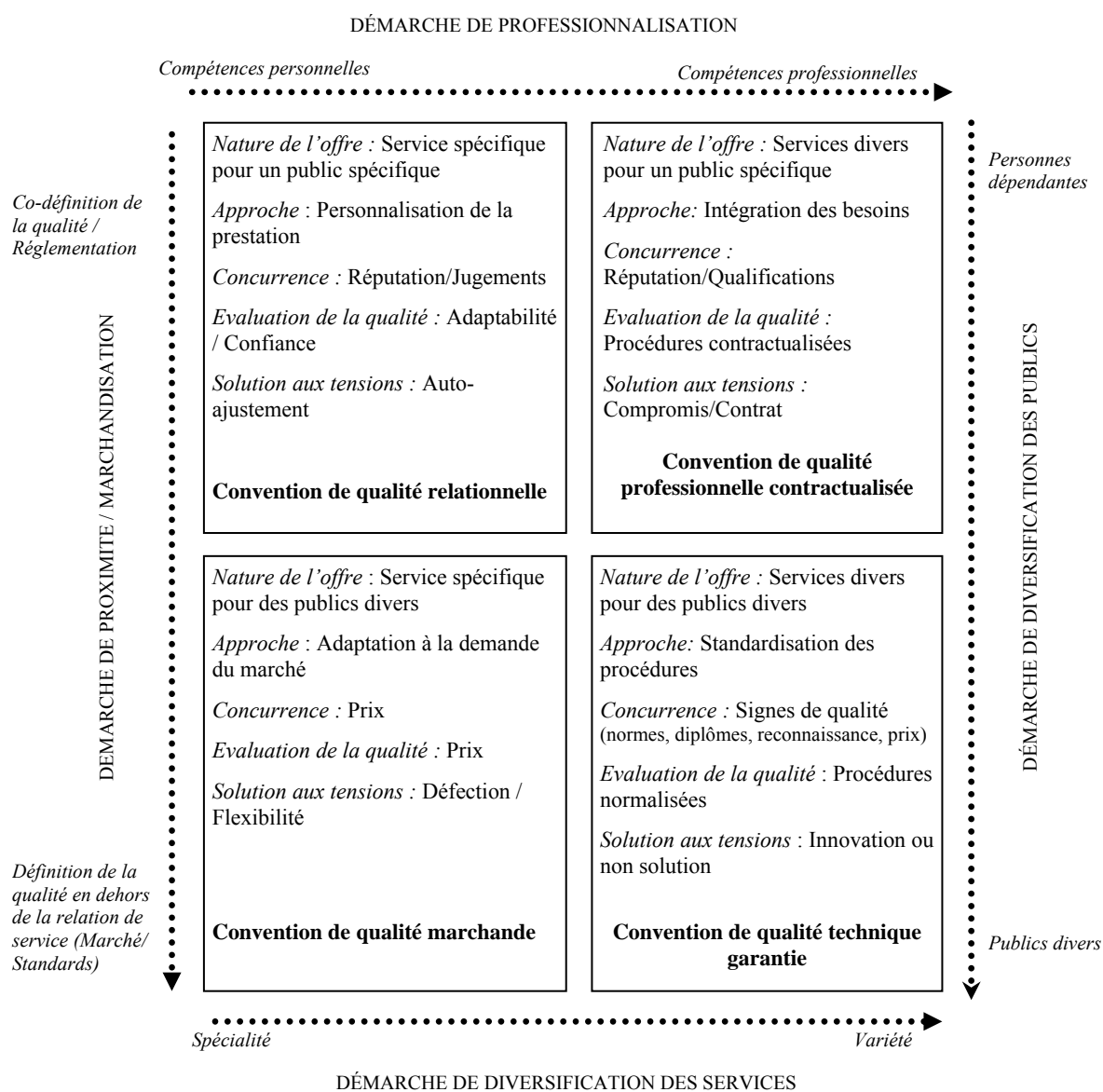
Il s'agit de distinguer les situations selon la possibilité que peut avoir l'utilisateur à participer directement à la construction de la qualité. On trouve les situations où la qualité est définie au niveau de la relation directe entre l'utilisateur et le prestataire, dans le sens où elle est co-construite par ces deux acteurs. Ceci signifie que l'utilisateur peut ajuster la qualité à ses attentes ou au moins demander au prestataire d'adapter cette qualité à l'évolution de ses besoins.

A l'opposé de ce modèle, on peut identifier un autre modèle où la qualité est définie en dehors de la relation directe entre l'utilisateur et le prestataire. Il s'agit des organisations dont la qualité correspond aux exigences de la demande qui s'exprime sur le marché et celles dont cette qualité est définie par des standards de type norme Iso. Dans le premier cas, c'est le marché qui définit la qualité de l'organisation et dans le deuxième cas c'est une personne tierce gestionnaire du standard. Selon ces modèles, la qualité du

service varie en fonction de la demande du marché ou en fonction de l'évolution du référentiel de la norme. Dans les deux cas, l'utilisateur peut difficilement ajuster immédiatement la qualité à ses attentes.

En croisant ces quatre démarches, nous pouvons définir des modèles d'organisations que l'on peut associer à des conventions de qualité. Pour les représenter, nous nous sommes inspiré des typologies de Robert Salais (1993, 2004) et de celle de François Eymard-Duvernay (1989) qui consistent à identifier les organisations à travers l'identité de leurs produits. Nous suivons la même approche tout en essayant d'être le plus proche possible de la réalité de l'aide à domicile. Le diagramme suivant nous permet d'identifier quatre modèles d'organisations.

Figure 32. Modèles d'organisations et de conventions de qualités



Source : adapté de Salais et Storper, 1993

2.1. La convention de qualité relationnelle

C'est le type d'organisations spécialisées dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées dont l'offre est concentrée sur des services sociaux de l'aide à domicile (aide à la personne et aide ménagère). La fragilité sociale et sanitaire des usagers pris en charge nécessite la mobilisation des compétences relationnelles et une certaine proximité avec eux. Les usagers choisissent ce type d'organisations parce qu'ils estiment que les salariées sont capables de s'adapter facilement aux situations. L'organisation de son côté recrute ses salariés sur la base de ces mêmes critères (cf. le point 1.5 sur la coordination par les qualités relationnelles). Ainsi, l'évaluation de la qualité du service est effectuée à partir du registre des qualités relationnelles autrement dit, du registre domestique. On peut donc dire que la coordination s'effectue suivant la convention domestique et plus généralement la convention de genre puisque ces qualités relationnelles sont associées, suivant les représentations collectives, à des femmes ayant une certaine expérience du travail domestique. Précisons que la qualité relationnelle se définit par les caractéristiques intrinsèques des intervenantes et notamment leur capacité à instaurer un climat de confiance et de « bonne entente » avec l'utilisateur.

Dans ce modèle, la concurrence entre les organisations s'effectue par la réputation qui elle-même est un construit social fondé sur des jugements partagés par les acteurs. C'est la réputation à propos des compétences relationnelles des salariés et de la disponibilité à prendre en compte les attentes des personnes âgées qui distingue les prestataires entre eux. En cas de tensions sur la qualité, les ajustements nécessaires pour retrouver le niveau de satisfaction initial (ou le niveau espéré) s'effectueront d'abord entre l'utilisateur et la salariée. Cela est possible dans la mesure où l'utilisateur participe activement à la construction du service, ce qui serait d'ailleurs souhaité par l'organisation et le salarié puisque, par convention, c'est le résultat de cette coopération qui est évalué. De son côté, le salarié est capable de s'adapter aux exigences de l'utilisateur dans la mesure où les procédures de qualité sont peu formalisées, ce qui lui laisse une certaine autonomie pour ajuster la qualité. L'ajustement peut être la modification de la façon dont une tâche est faite, des horaires d'intervention, des priorités à traiter, etc. Dans le cas où cet ajustement n'est pas possible, l'organisation intervient en tant que médiateur pour débloquer la situation.

Remarquons que la coordination sur le marché des services fournis par des salariés indépendants (gré à gré) peut être associée à cette convention de qualité relationnelle. Les propriétés du marché de gré à gré, que ce soit l'évaluation de la qualité, le mécanisme par lequel cette qualité est ajustée ou la concurrence entre les salariés appartiennent à la coordination par la convention de qualité relationnelle. La seule différence est le fait que l'échec de l'ajustement entre la salariée et l'utilisateur se traduit par la défection dans le marché de gré à gré, tandis que dans le marché des organisations la poursuite de la relation est toujours possible grâce à l'intermédiation de l'organisation.

2.2. La convention de qualité professionnelle contractualisée

La qualité contractuelle désigne la qualité définie par le contrat portant sur la définition des besoins de l'utilisateur, sur les engagements du prestataire à prendre en charge ces besoins et sur la procédure de production du service. La notion de contrat correspond ici au contrat de prestation entre l'utilisateur et le prestataire mais aussi au contrat entre le prestataire et les institutions de régulation (quand le marché est régulé) définissant les principes de l'évaluation de la qualité. C'est le cas des services aux personnes dépendantes dont les besoins sont évalués par la grille AGGIR et dont les engagements du prestataire sont définis dans le cadre de l'accord entre ce dernier et les financeurs et par l'agrément qualité. L'intervention de ces règles ne signifie pas l'exclusion de l'utilisateur dans la définition de la qualité. Au contraire, elles lui garantissent le « droit à la parole » si les engagements du prestataire ne sont pas tenus, et plus en amont le droit de donner son avis dans la mise en place de la prestation.

La professionnalisation de l'offre signifie que la qualité contractuelle est essentiellement ancrée dans le registre des compétences professionnelles des salariés (diplômes) et les compétences techniques et organisationnelles du prestataire (coordination des différents services, réactivité, contrôle du travail des salariés, modernisation des procédures de gestion, etc.). Le contrat définit ainsi les compétences nécessaires pour la prise en charge des besoins spécifiés et la procédure par laquelle ces compétences sont mises en place, agencées et contrôlées. Ce contrat assure une certaine régularité de la qualité puisqu'il oblige la salariée à respecter les règles prédéfinies. C'est dans le cadre de ce contrat que l'utilisateur participe à la définition de la qualité. Il peut par exemple donner son avis sur la répartition des heures de prestation entre le travail qualifié et le travail non qualifié (aide ménagère et aide à la personne), les modalités de la prestation ou de la coordination entre les différents services, etc. La procédure de qualité est ainsi soumise à l'avis de l'utilisateur avant sa mise en place.

Quand l'organisation est diversifiée, la qualité est jugée à l'aune de la variété des services, des compétences professionnelles et enfin de la qualité de la coordination entre les différents services. C'est la globalité de la prestation qui est évaluée dans le sens où l'utilisateur, sa famille ou le régulateur juge la capacité du prestataire à intégrer l'ensemble des besoins sous forme d'une prestation globalisée. En un mot, la prise en charge peut être vue comme « une combinaison » des différentes compétences et des services que propose le prestataire à l'utilisateur. Quand le prestataire est capable de proposer plusieurs combinaisons, l'utilisateur choisit celle qui lui semble la plus appropriée et compte tenu de son budget.

Pour atteindre le niveau de qualité escompté, il est essentiel que les salariés, l'utilisateur et le prestataire respectent les termes du contrat définissant les règles de qualité. Toute modification de ces règles nécessite la révision du contrat. L'ajustement de la qualité ne s'effectue plus entre l'utilisateur et le salarié

comme c'est le cas dans la convention de qualité relationnelle mais elle intervient dans la relation contractualisée entre l'organisation prestataire et l'utilisateur. Les tensions sur la qualité peuvent être levées si les deux parties arrivent à un compromis aboutissant à nouveau contrat.

Ce type d'organisation correspond à un modèle de coordination par les qualités professionnelles contractualisées. L'utilisateur opte pour une organisation pour sa capacité à respecter le contrat et faire respecter les termes du contrat à ses salariés. L'organisation recrute ses salariés au vu de leur professionnalisme, autrement dit pour leurs qualifications et leur aptitude à respecter les procédures de qualité inscrites dans le contrat. Bien évidemment d'autres critères rentrent dans ce choix mais on suppose que la logique contractuelle consacre la prédominance des compétences professionnelles¹⁸¹.

La concurrence dans ce type de marché est donc structurée par les compétences professionnelles des organisations et de leurs salariés. La réputation de l'organisation est construite sur la base de cette qualité professionnelle identifiable objectivement à travers les diplômes et la reconnaissance de l'aptitude professionnelle de l'organisation par les différents acteurs. Le rôle du réseau d'offres intégrant les institutions et les autres intermédiaires tels que le personnel de santé est important dans la diffusion de cette réputation.

2.3. La convention de qualité marchande

Les organisations qui s'inscrivent dans cette convention sont des prestataires spécialisés dans les services d'aide ménagère et plus généralement dans les services à la personne. Ce sont des services fournis aussi bien aux personnes âgées qu'aux ménages. Les compétences personnelles constituent le principal critère de recrutement des salariés comme dans le modèle de coordination par les qualités relationnelles. Cependant, la qualité du service fourni n'est pas évaluée à partir de ce registre de qualités. En fait, le choix de l'utilisateur est plutôt déterminé par le prix du service avant toute autre considération. Même s'il estime que la qualité relationnelle des salariés d'une organisation donnée est satisfaisante, pour autant il ne la choisira pas si le prix demandé est estimé trop élevé. Dans ce modèle, le prix est donc le principal enregistrement de la qualité et la principale justification du choix. Il est fixé par le rapport entre l'offre et la demande, ce qui revient à supposer que le prix d'équilibre (ou la qualité d'équilibre) est l'expression des préférences d'un utilisateur représentatif sur ce marché. Si le modèle fonctionne avec un prix unique, le

¹⁸¹ On suppose que l'accès au niveau des règles et le respect de ces règles nécessite des compétences professionnelles spécifiques. C'est le cas par exemple des situations critiques où le salarié doit agir en tant que professionnel comme le stipule la règle. La dissociation entre l'empathie comme qualification professionnelle et la sympathie comme compétence relationnelle en est un exemple.

prix d'équilibre et la qualité qui lui est associée sont fixés par les demandeurs (avec la condition d'une concurrence quasi-parfaite). En effet, à un certain niveau d'équilibre défini par le rapport prix/qualité, l'arrivée sur le marché de nouveaux usagers (effet sociodémographique) peut se traduire par la modification de cet équilibre si ces nouveaux usagers le contestent. En d'autres termes, si le prix de réserve des nouveaux usagers est inférieur au prix d'équilibre, ce dernier devrait baisser induisant de fait une baisse de la qualité des services. Le nouvel équilibre s'imposera alors à l'ensemble des usagers. Quel sera le comportement de l'utilisateur mécontent de la baisse du niveau de qualité des services ? Puisqu'il ne peut pas agir individuellement sur l'équilibre, la solution qui s'offre à lui est :

- 1) De continuer à consommer le service tout en acceptant la baisse de qualité, ce qui serait le cas des personnes dépendantes qui ne peuvent pas rester sans aide à domicile ;
- 2) De quitter le prestataire pour un autre prestataire plus qualifié ou de cesser de consommer le service. Cette possibilité est une solution pour les personnes moins dépendantes ou qui peuvent bénéficier d'une aide des proches d'une façon transitoire ou permanente.

Supposons maintenant que le modèle est composé d'une multitude d'organisations avec des prix et des qualités différentes. Chaque organisation draine une demande correspondant au rapport prix qualité qu'elle offre. Pour les mêmes conditions exposées précédemment, cet équilibre prix-qualité peut être modifié suite à l'évolution des caractéristiques des clients de chaque organisation. Dans ce cas, l'utilisateur mécontent aura la possibilité de quitter l'organisation pour une autre organisation concurrente dont le rapport prix/qualité est plus satisfaisant.

Qu'en est-il du comportement des prestataires ? Au niveau du marché, la fluctuation des prix et des qualités suppose que les prestataires sont capables de s'adapter, et ceux qui ne le sont pas seraient amenés à quitter le marché. Au niveau d'une organisation donnée, l'adaptation signifie la capacité d'ajuster en permanence la qualité aux fluctuations des prix, autrement dit avoir la capacité à modifier quasi-instantanément les fondements de la qualité (compétences des salariés notamment) à l'évolution des attentes des usagers. Ceci suppose que les compétences et/ou les salariées sont infiniment substituables. Dans le cas où le marché indique une baisse des prix par exemple, le prestataire doit avoir la possibilité de substituer les salariées qualifiées par des salariées moins qualifiées, ou la possibilité d'ajuster le salaire au prix des services. Inversement, si le marché indique une hausse des prix, le prestataire doit être capable de monter en qualification soit en recrutant un personnel compétent soit en exigeant ou en stimulant les salariées à augmenter leur compétences. Dans les deux cas, la substitution signifie que les salariées acceptent la flexibilité de leur emploi et/ou de leurs salaires. Egalement, ils sont techniquement capables de s'adapter aux nouvelles exigences du marché. Par conséquent, ce modèle ne peut fonctionner que si le marché peut gérer les tensions sur la qualité. Ceci suppose que le marché soit hyper-flexible dans le sens où :

- Les usagers doivent accepter la fluctuation du niveau de qualité ou alterner des périodes de consommation et de non-consommation des services ;
- Les prestataires doivent être capables d'ajuster la qualité à l'évolution des prix ou disparaître ;
- Les salariées doivent accepter la fluctuation de leurs salaires et la flexibilité de leur emploi (non-emploi ou changement d'emploi).

Au vu de ces contraintes, ce type de modèle est difficilement envisageable dans la réalité. On imagine mal comment une personne dépendante accepte des périodes de non-assistance à domicile où comment un employeur peut ajuster les qualifications quasi-instantanément à l'évolution de la demande. Par ailleurs, notons que ce modèle est une construction théorique fondée sur les postulats du registre marchand. Certes, dans l'aide à domicile on peut identifier des actions ou des logiques s'inspirant de ce registre, comme l'a bien montré Thierry Ribault (2008). C'est ce que nous avons noté également dans les discours des responsables des structures rencontrés et même chez les personnes âgées. Même si la logique marchande peut être parfois dominante dans leur discours, néanmoins, leur conception de la qualité du service ne s'inscrit pas exclusivement dans ce seul registre marchand, mais elle est au carrefour de plusieurs registres. Comme nous allons le voir plus loin, les conventions de qualité dans l'aide à domicile sont intrinsèquement instables.

2.4. La convention de qualité technique garantie

Les organisations composant ce modèle fournissent une variété de services s'adressant à des publics divers. Pour chaque type de service, l'organisation détient une compétence reconnue. C'est le cas par exemple d'une organisation qui fournit des services de qualité garantie pour l'ensemble des membres de la famille (services aux parents âgés, aux parents adultes, aux jeunes adultes, aux enfants et éventuellement à un parent handicapé). Ces services peuvent être de nature socio-sanitaire, socioéducative, services techniques ou des services de bien-être (soins corporels par exemple).

La qualité de ces services est d'abord évaluée à partir du registre professionnel. C'est la spécialisation dans les différents domaines de compétences qui permet à l'organisation de signaler sa qualité. Pour chaque service, la qualité d'expert est reconnue par le diplôme, l'expérience professionnelle, l'habilitation, la norme, etc. La qualité dans ce modèle est donc associée aux « savoirs » et aux techniques utilisées par l'organisation. Le prix du service est justifié par la reconnaissance à l'organisation de sa maîtrise de ces savoirs et de ces techniques. Cette reconnaissance se matérialise par un signe de qualité qui peut être un label contrôlé par un tiers, une homologation par les institutions, un titre reconnu par la profession (ordre), etc. Ces standards ne signifient pas la standardisation du service mais désignent plutôt la garantie des procédures à suivre et des techniques ou des compétences à mobiliser pour prendre en

charge un besoin donné. Il est donc possible d'individualiser les prestations en fonction des besoins et des situations mais le service lui-même est produit suivant des procédures normées. C'est le respect de ces procédures qui confère à l'utilisateur une certaine garantie de la qualité.

Evaluer la qualité exclusivement à partir de ce registre suppose que la concurrence s'effectue par la qualité. Les usagers choisissent un prestataire en fonction de son niveau d'expertise reconnu dans un domaine spécifique. Par conséquent, la qualité est définie unilatéralement par l'organisation dans le sens où les procédures mises en place définissent le type de compétence et de techniques pour chaque type de besoin. Certes, l'interaction entre l'utilisateur et le prestataire prend toute sa place mais le support de la qualité dépend essentiellement de ce dernier et de l'état de la connaissance générale dans son domaine de spécialisation. Cela signifie que l'utilisateur a peu de pouvoir d'influence sur son contenu dans la mesure où elle est définie par des procédures et des techniques définies par des tiers en dehors de la relation de service. Les solutions aux éventuelles tensions sur la qualité dépendent donc de l'invention de nouveaux procédés améliorant la qualité ou de l'inventivité du prestataire permettant des solutions plus satisfaisantes. En l'absence de ces innovations, les tensions sur la qualité demeurent.

Ces modèles d'organisations associés chacun à une convention de qualité sont en réalité des modèles « purs » comme le notait Salais (1993, 2004). Or dans la réalité, il existe plusieurs variantes au carrefour des quatre modèles définis. En fait, une organisation donnée peut être située dans les quatre modèles en mobilisant les quatre conventions de qualité. Ce compromis au sein d'une même organisation de plusieurs conventions de qualité peut lui-même être promu à un statut de convention de qualité selon Salais (2004). C'est le cas en général dans l'aide à domicile où l'identité des organisations est fortement enracinée dans une convention spécifique tout en mobilisant d'autres conventions de qualité en réaction à l'évolution de leur environnement immédiat. La dynamique des conventions que nous allons exposer dans le point suivant suppose que finalement la qualité des organisations de l'aide à domicile est multi-conventionnelle.

3. L'INSTABILITÉ DES CONVENTIONS DE QUALITÉ DANS L'AIDE À DOMICILE

L'analyse de Salais et de Storper en termes de mondes de production, dont les développements précédents se sont largement inspirés, est pertinente pour les marchés des biens où la qualité de la firme est associée à la « personnalité » de son produit. Tout le processus complexe de qualification mis en œuvre dans un monde de production donné trouve son aboutissement dans la qualité du produit ; laquelle qualité est tangible et dont la stabilité est assurée par le fait que le produit ne change pas de nature (ou de monde). A ce sujet, Salais (1993) note que le maintien des acteurs tout au long de leur action collective dans le même monde possible est essentiel pour pouvoir distinguer les firmes. Si par exemple le consommateur a choisi le produit d'une firme pour sa qualité standard, il devrait continuer à l'évaluer à partir de ce registre et la firme à produire le bien à partir du même registre. C'est cette hypothèse que nous proposons de discuter à présent en analysant la stabilité des conventions de qualité dans les services de l'aide à domicile.

3.1. La dynamique des conventions de qualité : première instabilité du modèle

Suivant les différentes démarches de qualité, l'organisation peut évoluer d'un modèle à un autre. Cette hypothèse signifie que la convention mobilisée au départ par une organisation pour se positionner dans le marché peut être substituée par une autre convention. Supposons qu'on place une organisation dans le modèle de qualité relationnelle. La professionnalisation de son offre se traduit par l'élévation du coût du service. Pour soutenir le coût de la professionnalisation, l'organisation peut être contrainte à réaliser des économies d'échelle synonyme de la diversification de ses services. Le modèle évolue donc vers la qualité professionnelle contractualisée à destination des personnes dépendantes nécessitant une offre variée de services et une approche intégrée. Si les économies d'échelles ne sont pas suffisantes pour compenser le coût croissant de la qualité professionnelle, l'organisation peut poursuivre la diversification de son activité en s'ouvrant vers d'autres publics. Elle peut justifier la qualité professionnelle de ses services et leur prix élevé en certifiant sa démarche de qualité. Il s'agit d'une deuxième mutation de l'organisation vers un modèle de qualité technique certifiée.

Suivant l'échelle de proximité/marchandisation, l'organisation située dans le modèle de qualité relationnelle peut être amenée à fournir le même service à un public autre que les personnes fragiles. C'est le cas de plusieurs organisations spécialisées dans les services aux personnes dépendantes qui s'ouvrent au marché des services d'aide ménagère fournis aux ménages actifs. Sur ce marché dont le prix est le principal facteur de concurrence, l'offre est essentiellement structurée par les entreprises commerciales et le gré à gré. L'entrée sur ce marché des organisations de qualité relationnelle signifie

qu'elles drainent une clientèle pour qui la qualité peut être évaluée essentiellement par le prix. La prédominance de ces clients la fera évoluer du modèle de qualité relationnelle vers le modèle de qualité marchande. Si l'organisation poursuit une démarche de professionnalisation la conduisant à un label, son offre évolue de la qualité marchande vers une qualité technique certifiée.

A travers ces deux exemples, on peut dire que ces mouvements supposent que l'organisation, selon les contraintes qui structurent son environnement, peut quitter progressivement l'ancien registre de qualité pour se situer dans un autre. Au cours de ces mouvements, il est possible qu'elle se situe dans plusieurs registres. L'imbrication de plusieurs conventions de qualité au sein d'un seul modèle peut créer des situations potentiellement conflictuelles entre les trois principaux acteurs de la relation de service (l'organisation, le salarié et l'usager). La solution à ces conflits peut aboutir à un compromis entre les différentes conventions de qualité qui peut être considéré comme une convention spécifique.

3.2. L'introduction du temps dans la relation de service : deuxième instabilité du modèle

Dans le monde des biens tangibles, le produit d'une organisation focalise tous le processus de qualification de celle-ci. La qualité du produit (ses caractéristiques techniques) est le résultat de ce processus. On peut donc assimiler la qualité de l'entreprise à la qualité de son produit. Dans l'aide à domicile, le produit de l'organisation prestataire est une relation dont l'évaluation de la qualité est subjective. Certes cette relation peut aboutir au résultat du travail effectué par l'intervenant et qui peut être tangible et évaluable objectivement. Mais le service ne se limite pas au résultat immédiat de l'intervention du salarié. D'autres aspects tels que la proximité ou la disponibilité du salarié sont des « produits » immatériels évalués subjectivement par l'usager. Ensuite, cette relation est généralement marquée par la dimension temporelle dans le sens où elle s'inscrit dans la durée (si son résultat est satisfaisant). Cette particularité du service de l'aide à domicile la distingue à la fois du monde des biens industriels et des services facilement standardisables ou dont la relation n'est pas répétitive.

La dimension temporelle de la relation de service d'aide à domicile et les changements qui lui sont inhérents peuvent perturber les référentiels de qualité et par conséquent son évaluation. La prise en compte de cette dimension revient donc à envisager l'instabilité des modes d'enregistrement de la qualité, donc de la difficulté des individus à se maintenir dans un même monde possible. En effet, supposons que chaque usager choisit une organisation en évaluant sa qualité à partir d'une des quatre conventions de qualités exposées précédemment. Si le choix peut être justifié à partir d'une convention donnée, cela ne signifie pas pour autant que la qualité est évaluée perpétuellement à partir de cette convention. Avec le

temps, l'utilisateur peut être amené, en réaction à l'évolution de ses attentes, à évaluer la qualité à partir d'une ou de plusieurs conventions autres que celle de départ. De même, l'interaction avec d'autres utilisateurs est susceptible de modifier son évaluation, comme l'a montré le modèle *Logit* développé dans le chapitre précédent.

Prenons l'exemple d'un individu qui choisit un prestataire en évaluant sa qualité à partir de la convention marchande. Comme celle-ci définit la qualité exclusivement à travers le prix, les qualités relationnelles sont supposées *a priori* secondaires. La modification des prix du marché devrait se traduire par la nécessité de modifier la qualité du service offert. Prenons l'exemple d'une baisse du prix d'équilibre sur le marché. En réaction à cette baisse, l'organisation peut substituer la salariée habituelle par une salariée moins qualifiée. Puisque la convention de départ prévoit l'ajustement de la qualité au prix, l'utilisateur devrait accepter la substitution de la salariée. Or, cela peut être mal apprécié par ce dernier notamment si une certaine proximité s'est créée avec la salariée. Il se peut que l'utilisateur préfère garder la même salariée en proposant de payer le prix nécessaire. Une autre solution pour l'utilisateur consiste à proposer un contrat de gré à gré à la salariée ou de contacter un autre prestataire si la même salariée est recrutée par ce dernier. Ces trois solutions illustrent l'évolution des modalités d'évaluation de la qualité par l'utilisateur. Ce n'est plus le prix qui est l'enregistreur de la qualité pour lui mais la relation de proximité et de confiance, autrement dit les qualités relationnelles de la salariée. Il s'agit donc d'une évolution d'une convention marchande vers une convention relationnelle.

Un autre exemple illustre cette dynamique des conventions. Il s'agit d'une situation où l'utilisateur ayant choisi une organisation pour sa qualité professionnelle se rendra compte, pour des raisons d'isolement progressif par exemple, que ce qui est le plus utile pour lui n'est plus l'efficacité du travail effectué mais la dimension relationnelle du service. Son désir d'accroître cette dimension dans la prestation exprime l'évolution vers la convention de qualité relationnelle. Dans d'autres circonstances, la dégradation de l'état de santé de l'utilisateur peut susciter le désir ou la contrainte d'incorporer plus de services spécialisés à qualité garantie en acceptant de payer le prix de cette qualité. Dans ce cas, il s'agit d'une évolution vers une convention de qualité technique.

On peut citer plusieurs situations où l'utilisateur au cours de la relation de service peut modifier sa façon de percevoir la qualité. Cela illustre la possibilité de passer d'une convention vers une autre au cours de la même relation de service. L'intégration du temps dans l'analyse de la coordination entre l'utilisateur et le prestataire fait émerger cet aspect dynamique des conventions et les tensions permanentes qui la structurent. La stabilité de la relation de service (dans le sens de la continuité de la relation) dépend de la capacité des organisations à canaliser cette dynamique. En d'autres termes, de leur capacité à inscrire la qualité dans des registres différents et de mobiliser un registre plus qu'un autre pour adapter le service à l'évolution des attentes de chaque utilisateur.

3.3. L'adaptation qualitative synonyme de qualité multi-conventionnelle

La typologie des organisations en fonction de leur appartenance à une des quatre conventions de qualité semble pertinente à un moment précis : le moment où l'utilisateur effectue son choix d'un prestataire. Après le déroulement de la prestation (introduction du temps), la convention de départ peut être dépassée par l'évolution des attentes de l'utilisateur. La volonté ou la contrainte de l'organisation à adapter la qualité à cette évolution la conduit à suivre une démarche de qualité appartenant à une autre convention que celle mobilisée au moment du choix. Reste à savoir pourquoi l'organisation veut ou doit suivre cette nouvelle démarche. On peut avancer deux réponses possibles :

- La concurrence peut conduire le prestataire à prendre en compte les attentes des usagers. Ce n'est pas uniquement le risque de défection de l'utilisateur qui le conduit à adapter la qualité mais surtout le risque de voir sa réputation affectée par des jugements négatifs sur sa qualité. Cette contrainte est importante quand l'organisation est en partenariat avec les acteurs institutionnels ou quand les usagers sont capables d'interagir amplifiant ainsi l'effet négatif de la mauvaise réputation.
- L'autre explication est d'ordre structurel. Les organisations diversifiées se placent dans la contrainte d'adapter la qualité pour chaque type d'utilisateur. En effet, la diversité des publics pris en charge et la diversité des services fournis l'obligent à inscrire sa qualité dans des démarches différentes selon les publics et selon les services demandés.

La prise en compte de cette nécessité d'adapter la prestation à l'évolution des attentes des usagers notamment des personnes âgées conduit les organisations à mobiliser plusieurs conventions de qualité. En ce sens, les organisations (pas toutes) fournissent à chaque type d'utilisateurs une qualité évaluée à partir du registre qui lui convient. Il s'agit donc des compromis sur la définition de la qualité avec chaque type d'utilisateurs et pour chaque type de service. Suivant cette hypothèse, on peut affirmer que la qualité d'une partie de l'offre des services de l'aide à domicile est une qualité **multi-conventionnelle**.

3.4. L'association ADAR comme exemple de qualité multi-conventionnelle

L'association ADAR, mais aussi plusieurs organisations que nous avons enquêtées, voit sa qualité enregistrée dans plusieurs conventions différentes. Cette association peut être située au carrefour des quatre conventions de qualité définies précédemment.

3.4.1. La recherche de la compatibilité des profils entre la personne aidée et le salarié : convention de qualité relationnelle

L'importance des qualités relationnelles lors du recrutement des salariés et surtout la procédure d'affectation des salariés auprès des personnes aidées selon leur « proximité psychosociale » est une pratique que l'on peut inclure dans un registre de qualité relationnelle. En effet, les salariés de l'association ADAR sont sélectionnés sur la base des critères classiques tels que le diplôme ou l'expérience professionnelle mais aussi sur la base des critères subjectifs tels que le passé privé de la candidate à l'emploi (situation familiale et sociale), ses rapports avec les personnes âgées (le fait d'avoir un parent âgé par exemple), la capacité à inspirer et à établir une relation de confiance, le caractère psychologique de la candidate, etc. Ces traits psychologiques, sociaux et physiologiques sont évalués subjectivement par les recruteurs. Il s'agit de qualités idiosyncrasiques innées ou acquises socialement et culturellement.

L'incorporation de ces qualités dans la prestation s'effectue en amont au moment de la sélection des employés et en aval au moment de la production du service. Tout en précisant au salarié les règles de qualité à respecter, dont l'usager a pris connaissance, l'association lui laisse une certaine autonomie dans la prise d'initiative. La relation entre l'usager et la salariée est à la fois souple et réglementée. Certes le poids des procédures de qualité est important dans cette association, mais la consigne donnée aux salariés est d'être à l'écoute des usagers, de signaler les cas de dégradation de leur santé, etc. La disponibilité des responsables de secteurs à écouter les doléances des usagers et à prendre en compte leurs attentes est une forme de contrôle de la qualité du travail des salariés mais aussi une forme de proximité avec les usagers. Ces derniers sont contactés régulièrement par les responsables des secteurs pour prendre leur avis sur le déroulement de la prestation et éventuellement apporter les ajustements nécessaires.

3.4.2. Convention professionnelle contractualisée

L'association a mis en place des procédures de qualité dans trois domaines :

1. La gestion et la mise en place de la relation de service : le responsable du secteur assure cette mission. Il est chargé d'évaluer les besoins de la personne âgée, lui proposer les différents services de l'association, convenir avec lui (ou avec sa famille) sur un plan d'aide en fonction de ses attentes et de son financement, lui proposer un contrat de prestation, désigner le salarié le plus adapté au profil de l'usager, et enfin, évaluer et contrôler la qualité du travail de l'intervenant.

2. L'intervention du salarié au domicile : cette intervention est réglementée par le règlement intérieur de l'association et le contrat de travail. Outre la notification dans un livret distribué à chaque salarié de leurs engagements professionnels contractuels et éthiques, d'autres règles de professionnalisation sont mises en place. On peut citer l'exigence d'une tenue réglementaire au domicile des usagers, l'obligation de prévenir l'utilisateur et l'association de tout retard ou de toute absence dans un délai acceptable, notification dans le document de prestation de l'heure de début et de la fin de la prestation (document signé par l'utilisateur), les règles de « bonne conduite » chez l'utilisateur, etc.
3. La coordination interne des services : quand l'utilisateur bénéficie de services différents, les salariés intervenant chez lui sont coordonnés par le responsable du secteur ou un salarié référent. Chaque fin du mois, la responsable de secteur réunit son équipe. L'objet de cette réunion est de voir en quoi l'intervention peut être améliorée.

Au niveau de l'organisation interne des ressources, une règle emblématique d'une professionnalisation contractualisée est l'affectation des salariées chez les personnes âgées en fonction du niveau de dépendance de ces derniers et du niveau de qualification des premiers. Dans plusieurs cas, la prestation est produite par deux salariées, l'une qualifiée pour l'aide d'hygiène et l'autre peu qualifiée pour l'aide ménagère. Ce procédé permet de garantir à chaque usager une qualité professionnelle individualisée. La professionnalisation de l'association renvoie aussi à son programme ambitieux de qualification de plusieurs salariées (34 en DEAVS sur 245 Aides ménagères en 2006).

La dimension contractuelle de cette démarche de qualité se matérialise par la contractualisation des prestations avec les usagers mais surtout par le contrat liant l'association et le Département dans le cadre de l'Autorisation. En effet, l'obtention de cette autorisation est soumise à l'appréciation de ces procédures de qualité par le comité régional de l'organisation sociale et médicosocial (CROSM). En théorie, l'autorisation est annulée en cas de manquement à ces engagements, ce qui donne à ces engagements un caractère contractuel.

3.4.3. La norme NF : démarche de qualité technique certifiée

Le label NF obtenu récemment est l'aboutissement d'une démarche de qualité entamée il y a trois ans. Elle a instauré de nouvelles pratiques « modernes » dans la gestion de la relation avec les clients, la gestion administrative et la gestion des ressources humaines et dans l'organisation interne des activités. La certification est une qualité contrôlée dans le sens où la standardisation des procédures notamment dans l'aspect organisationnel et de gestion des ressources humaines devrait garantir une certaine régularité de la qualité des services. Le respect du référentiel de qualité défini par ce label garantit un

niveau de qualité pour chaque usager, qu'il soit une personne dépendante ou une personne valide. Mais la standardisation des procédures peut conduire à une confrontation avec le registre de qualité relationnelle puisqu'elle peut réduire la dimension de proximité. La capacité de l'organisation à distinguer les personnes aidées peut limiter ce risque. En effet, il convient de segmenter la clientèle en ciblant celle qui nécessite l'adaptation des prestations et celle dont la standardisation des procédures n'heurte pas leur satisfaction (distinction entre les personnes dépendantes et personnes valides par exemple). La difficulté d'une telle approche est d'abord la disposition de moyens humains importants permettant d'assurer les adaptations qualitatives exigées par les usagers et des économies d'échelles permettant la rationalisation de ces ressources. La deuxième difficulté qui résulte de la première est la nécessité d'entretenir des relations de proximité avec les usagers permettant d'être à leur écoute, de recevoir leurs exigences et de réagir rapidement. Il s'agit donc de trouver un équilibre entre la taille critique et la réactivité de l'organisation. La sectorisation de l'activité de l'association dans le but de favoriser les liens de proximité peut être une solution adéquate à cette double contrainte. En effet, l'association est structurée sous forme d'un réseau de dix annexes implantées chacune dans une aire géographique. Les relations avec les usagers sont gérées directement par ces annexes, ce qui permet une certaine proximité et une flexibilité des relations.

3.4.4. Ouverture de l'activité de l'association au marché régulé par les prix : convention marchande

L'association ADAR fournit des services divers à des publics divers. Son offre se déploie dans deux grands types de marchés : le marché de services à destination des publics fragiles dont les personnes dépendantes et le marché de services à destination des personnes valides dont les personnes âgées relativement autonomes et les ménages. Le premier type de services correspond à un marché réglementé où la qualité et les prix sont déterminés à travers des dispositifs institutionnels ou conventionnels, tandis que le second type de services est un marché où le jeu de la concurrence semble être prépondérant. La décision de l'association à cibler ce dernier type de marché répond à l'exigence de réaliser des économies d'échelle permettant de financer sa professionnalisation. Les services qu'elle fournit sur ce marché sont des services de faibles qualifications (essentiellement de l'aide ménagère) qui peuvent être payés par le CESU. Les prix proposés pour ces services sont proches de ceux du marché.

A travers cette brève analyse de la qualité de l'association ADAR nous avons voulu montrer que la qualité d'une organisation et de ses services peut être évaluée sous des angles différents par les usagers. Puisque ces derniers sont différents et mobilisent des conventions différentes, la qualité ainsi évaluée est différente selon les usagers. Ceci explique l'extrême diversité des jugements qualificatifs recensés auprès des clients de l'association ADAR. En ce sens, chaque usager en mobilisant une convention spécifique

fonde sa propre évaluation et finalement son choix de s'adresser à une organisation ou à une autre. La condition d'une telle démarche est le fait que la convention à partir de laquelle la qualité est évaluée soit légitimée¹⁸², autrement dit la possibilité d'identifier clairement la qualité des organisations par la convention choisie. Il revient donc à chaque usager de sélectionner les organisations à partir d'un seul registre, celui qui lui semble le plus pertinent. De ce fait, la possibilité qu'offre l'organisation à chaque individu d'évaluer la qualité de ses services selon ses préférences est aussi une possibilité de coordonner les choix individuels dans un contexte où les qualités sont évaluées différemment. Dans cette configuration, il est aussi possible de faire l'économie d'un accord commun transversal à tous les clients d'une organisation sur le contenu de la qualité. L'important est que chacun y trouve son compte. Pour satisfaire tous les clients, l'organisation devrait alors investir plusieurs registres de qualité en se conformant à la norme édictée dans chaque convention.

CONCLUSION DU CHAPITRE VIII

INCOMPATIBILITÉ DE LA NOTION DE CONVENTION DE QUALITÉ OU SPÉCIFICITÉ DU CHAMP D'AIDE À DOMICILE ?

La multiplicité des conventions de qualité peut générer des tensions dans la mesure où la coordination entre des intérêts divergents est une épreuve où une convention en exclut une autre. Nous retrouvons cette vision « exclusiviste » dans l'approche stratégique des conventions. C'est le cas du modèle d'Orléan (1991, op.cit.) qui conclut sur une multiplicité d'équilibres de Nash et la coordination sur un de ces équilibres suppose l'exclusion des autres. On peut avancer l'idée d'une coexistence de plusieurs conventions de qualité dans un marché donné. Dans ce cas, une certaine segmentation du marché est envisageable. Chaque segment est régi par une convention spécifique et renferme un type de demande et un type d'offre. La rencontre entre l'offre et la demande est organisée par cette convention spécifique. Celle-ci s'impose alors comme une référence de qualité tant que les individus continuent à faire référence à elle pour se coordonner. Leur maintien dans ce segment de marché est conditionné par la nécessité

¹⁸² Par légitimité de la convention nous sous-entendons l'existence d'une « norme conventionnelle » au sens de Weber (1995) qui définit sans ambiguïté les droits et des engagements (entre les prestataires et les usagers) en ce qui concerne la qualité. Tout écart à cette norme devrait être sanctionné soit par une institution ou par le groupe adhérent à la convention. On peut citer l'exemple du respect de l'intégrité des personnes âgées dont tout écart fait l'objet d'une réprobation par la loi et par les individus et une sanction par le marché.

qu'ils continuent à évaluer la qualité à partir de la même convention. Quiconque s'écarte de celle-ci est susceptible de se déplacer vers les autres segments régis par d'autres conventions.

Nous avons montré précédemment que les organisations d'aide à domicile peuvent mobiliser plusieurs registres pour signaler leur qualité. L'évaluation de la qualité par les usagers peut également évoluer d'une convention à une autre au cours de la relation de service. L'organisation peut donc offrir un espace de conjonction de plusieurs conventions de qualité et cela sans imposer une concurrence frontale entre elles. Mais rappelons que cela est possible que si l'organisation dispose de ressources lui permettant d'investir plusieurs registres de qualité tout en apaisant les tensions qui peuvent se produire.

Il se peut qu'un registre domine mais cela ne signifie pas que les usagers choisissent cette organisation uniquement parce que sa qualité est évaluée à partir de ce dernier. Comme nous l'avons observé lors de notre enquête, la qualité pour un usager quelconque peut se situer dans plusieurs registres. Quand nous avons demandé aux personnes âgées ce que signifie la qualité du service pour elles, plusieurs d'entre-elles ont nommé à la fois les compétences professionnelles, les qualités relationnelles regroupant les aspects caractériels des salariés, leur « savoir être », leur « savoir faire », la confiance, le sérieux, le professionnalisme de l'organisation, sa capacité à coordonner les services, les liens de proximité, etc. En ce sens, l'usager évalue la qualité à partir de plusieurs conventions en même temps. C'est parce que la qualité du service de l'aide à domicile est multidimensionnelle que son évaluation repose sur plusieurs conventions. En poursuivant l'objectif de satisfaire les attentes des personnes âgées, les organisations prestataires doivent donc fournir des services de qualité multi-conventionnelle. Cet objectif peut être mu par un intérêt économique (fidélisation de la clientèle), politique, morale ou par l'éthique.

La coordination par une seule convention semble être ainsi difficile à envisager dans ces services. Leur spécificité et notamment le fait que la prestation s'inscrit dans la durée nécessite des formes de coordination particulières. Pour comprendre cette spécificité des services d'aide à domicile, il est important d'analyser le recours à un professionnel de ces services en deux temps :

- Le moment du choix d'un prestataire où surgit la problématique de l'information sur la qualité et de son évaluation
- Le moment de la prestation où apparaissent les tensions sur la qualité, leurs implications sur la relation de service et les moyens à mobiliser pour les résoudre

Au moment du choix, la convention de qualité permet à l'usager d'identifier la qualité des organisations dans la mesure où leurs caractéristiques sont spécifiées dans cette convention. Si on se limite à ce moment précis, la coordination est facilitée dès lors que l'usager et le prestataire s'entendent à suivre la convention en place. Les principes de l'évaluation de la qualité y étant spécifiés, elle empêche, *a priori*, toute manipulation de son contenu. Le poids des tensions sur la qualité se trouve donc considérablement diminué à travers cet accord sur son évaluation.

Le moment de la prestation est synonyme de mise à l'épreuve de la convention en place. L'évaluation de la qualité par l'utilisateur est d'autant plus élaborée que la prestation est répétitive et s'inscrit dans la durée. Puisque la convention de qualité pose les « principes » de l'évaluation et non pas ses modalités techniques, des tensions peuvent émerger dans deux cas :

- Le cas extrême d'une situation inédite et que les principes de la convention de qualité ne permettent pas de contenir ;
- Le cas fréquent de situations où l'évaluation de la qualité nécessite la mobilisation d'autres principes inscrits dans d'autres conventions.

Dans ces deux cas, il est difficile de maintenir la convention de départ comme seul mode de coordination. Les acteurs de la relation de service font intervenir d'autres conventions pour dépasser ces limites. Celle qui est initialement mobilisée pour justifier le choix est susceptible d'être couplée avec d'autres conventions concurrentes au moment de la prestation. Cette solution est possible en fonction du degré de proximité entre l'utilisateur et le prestataire. Plus la place de l'utilisateur dans la construction du service est importante, plus la possibilité de solutions concertées aux tensions par le recours à d'autres conventions est grande. Ceci revient à supposer que le fait d'intérioriser la définition de la qualité dans la relation directe entre l'utilisateur et le prestataire permet d'ajuster son contenu en fonction des attentes. Inversement, le fait que la qualité est définie en marge de l'interaction directe entre l'utilisateur et le prestataire suppose que l'ajustement soit difficile à effectuer.

CONCLUSION DE LA PARTIE IV

La notion de qualité du service et la qualité de l'organisation

La notion de la qualité dans l'aide à domicile peut désigner deux choses : la qualité du service et la qualité de l'organisation. La distinction entre ces deux types de qualité nous semble pertinente dans l'analyse du comportement de l'utilisateur. Au moment du choix d'un prestataire, c'est la qualité de l'organisation qui est centrale dans la décision de l'utilisateur. En effet, ce dernier choisit un prestataire parmi tant d'autres, quand cela est possible, au regard de sa réputation qui, elle, renvoie à sa qualité totale. C'est-à-dire qu'au moment du choix, l'utilisateur évalue la qualité des services d'une organisation au prisme de sa qualité totale. Nous avons désigné cette qualité par la démarche de qualité de l'organisation intégrant les procédures de qualité mises en place et la qualification de son personnel mais aussi par sa proximité avec les usagers et la variété de ses services.

Par ailleurs, le déroulement de la relation de service, autrement dit, le moment de la production de la prestation, correspond au moment d'évaluation de la qualité du service. C'est pendant ce temps de la prestation que l'utilisateur peut apprécier la qualité du service. L'évaluation de la qualité du service par l'utilisateur est synonyme de l'évaluation de la relation qui le lie avec le salarié. Au cas où cette évaluation est négative, l'organisation peut intervenir pour apporter les solutions permettant d'élever la qualité du service à son niveau espéré. Dans ce cas, la satisfaction de ce dernier dépendra de la réactivité de l'organisation et de la nature des solutions apportées.

Ceci dit, la qualité du service renvoie à la qualité de la relation entre l'utilisateur et le salarié tandis que la qualité de l'organisation est évaluée au niveau de l'interaction entre l'utilisateur et l'organisation. Les critères d'évaluation sont différents selon les niveaux d'interaction. Les compétences professionnelles et relationnelles sont les principaux critères d'évaluation dans le niveau de la relation entre le salarié et l'utilisateur tandis que dans la relation entre ce dernier et l'organisation c'est la réactivité, la proximité et l'adaptabilité qui sont évalués.

Un marché où la concurrence s'effectue par des réputations

Quand l'utilisateur a la possibilité de choisir entre plusieurs prestataires, ce choix se fait au regard de leur réputation. Cette notion recouvre à la fois la qualité de ses services et sa démarche de service. Elle se construit dans le cadre des réseaux d'échange et se diffuse sous forme de « jugements qualificatifs » sur l'offre des organisations. L'accès à ces jugements se fait à travers les interactions entre les usagers eux-mêmes ou à travers leurs interactions avec des tiers (personnes proches ou intermédiaires). C'est à travers ces réputations que les usagers peuvent différencier qualitativement les organisations. Celles-ci ont intérêt à soigner leur réputation afin de ne pas subir l'approbation de leurs clients ou de leurs partenaires

notamment des intermédiaires promoteurs de cette réputation. Cela veut dire que les organisations sont tenues à respecter les engagements de qualité rattachés à leur réputation, faute de quoi la concurrence peut leur faire subir une sanction. Ce modèle de concurrence ne peut donc fonctionner que si la menace de sanction est crédible. Certes, cette sanction est possible mais elle est rarement immédiate. Son exécution intervient en réalité d'une façon graduelle et sa conséquence économique voire même politique apparaît généralement dans le long terme. Ceci laisse la possibilité aux organisations dont la réputation est affectée de « se rattraper » en ajustant sa qualité aux exigences des usagers. D'où l'intérêt (ou l'impératif) de ces organisations à être à l'écoute des usagers les plus exigeants et les moins satisfaits. Cela justifie, d'une certaine manière, l'importance de la dimension de proximité dans ces services. Elle permet d'encourager la « prise de parole » au sens d'Hirschman et d'éviter « l'exit ».

L'offre et la demande font l'objet d'une qualification par des conventions spécifiques

Le moment du choix d'un prestataire révèle une activité de spécification de la qualité des organisations menée à un niveau d'interaction dépassant l'interaction directe entre l'utilisateur et le prestataire. Ce niveau peut être le niveau de la régulation ou le niveau des relations sociales qualifiées de réseau d'échange. L'agrément qualité instituant une séparation entre l'offre agréée et l'offre non agréée est la première différenciation qualitative observable dans le marché de ces services. L'agrément qualité introduit donc une différenciation qualitative entre les différentes organisations de la même manière que l'a décrit le modèle d'Orléan (op.cit.). Cependant, cet agrément ne montre pas toutes les différences de qualités puisqu'il n'introduit pas une classification des organisations selon leurs niveaux de qualité. La forme la plus aboutie de cette convention de spécialisation qualitative serait d'introduire dans le référentiel de qualité de l'agrément des niveaux de labels permettant de classer les organisations.

La demande de son côté est qualifiée à travers la grille AGGIR qui évalue le niveau de dépendance des personnes âgées et définit par conséquent le volume et la nature des prestations. Cette convention de mesure de la dépendance, bien qu'elle soit critiquable à plusieurs égards (Ennuyer, 2006), permet un accord sur les besoins à prendre en charge. Sans cette convention, il serait difficile aux acteurs de se mettre d'accord sur le contenu des services notamment en présence d'une incertitude partagée à propos des besoins à prendre en charge et des services correspondants.

A ces deux conventions de qualification de l'offre et de la demande, nous avons également identifié une autre convention de spécialisation interne des salariés. Celle-ci est instituée dans le cadre des relations professionnelles encadrées par l'accord de branche. Elle préconise d'associer les qualifications professionnelles des salariés aux niveaux de dépendances des personnes aidées. Cependant, cette convention évacue la dimension relationnelle du service. D'où la mobilisation par les organisations d'une autre convention de qualification qui consiste à affecter les salariés chez les personnes aidées en fonction

de leur proximité psychosociale. Cette convention vise à rapprocher les caractéristiques idiosyncrasiques des salariés à celles des usagers permettant ainsi une meilleure stabilité de la relation de service.

Pluralités des conventions de qualité ou qualité pluri-conventionnelle ?

Le croisement de quatre démarches de prestation de service nous a permis d'identifier quatre modèles d'organisation associés à des conventions de qualité. Chaque modèle est caractérisé par la nature de l'offre, la nature de la concurrence, les modalités de l'évaluation de la qualité et enfin, les solutions aux éventuelles tensions émergeant de cette évaluation. Ainsi, nous avons définie une convention de qualité relationnelle, une convention de qualité professionnelle contractualisée, une convention de qualité marchande et une convention de qualité technique garantie. En théorie, la coordination entre l'offre et la demande peut être assurée par ces conventions à condition que celles-ci soient stables, au moins pour une certaine durée. Or, le service d'aide à domicile étant une relation qui s'inscrit généralement dans la durée, rien ne garantit que l'utilisateur continu à évaluer sa qualité à partir de la convention initiale. En effet, au cours de la relation de service la qualité peut être évaluée à partir d'une convention autre que celle de départ. Si tel est le cas, cela montre la coordination peut être difficilement maintenue dans une seule convention, ce qui conduit à des tensions entre l'utilisateur et l'organisation. Deux issues possibles à cette tension :

1. L'organisation adopte la convention de qualité à partir de laquelle l'utilisateur évalue la qualité. Partant de l'hypothèse que chaque organisation s'identifie dans une seule convention de qualité, l'évolution vers une autre convention signifie sa rupture avec son modèle de qualité initial pour en adopter un nouveau. Le risque d'une telle démarche est de créer des tensions avec les autres usagers qui ne s'y trouvent pas dans ce nouveau modèle de qualité.
2. L'organisation se maintient dans la convention de départ, ce qui est synonyme de tensions permanentes avec l'utilisateur. La solution pour l'utilisateur est d'accepter cette relation conflictuelle en prolongeant le contrat de prestation ou mettre un terme au contrat en contactant un autre prestataire se situant dans une convention de qualité différente.

On peut suggérer une issue alternative aux deux solutions précédentes. En effet, l'organisation peut se maintenir dans la même convention de départ et mobilise d'autres conventions permettant de résorber les tensions avec certains usagers. Cela suppose qu'elle soit capable d'inscrire sa démarche de qualité dans des registres différents voire même contradictoires. Dans ces services, on peut rencontrer des organisations qui mobilisent plusieurs conventions de qualité en même temps. Ceci est en opposition avec l'hypothèse selon laquelle les entreprises s'identifient, pendant le temps de la coordination, dans une seule convention de qualité. Dans le monde des biens ou des services standardisables, il est peu probable qu'une entreprise modifie en permanence la qualité de ses produits ou des ses services pour satisfaire les exigences d'un client ou un type de clients, sauf peut être en créant une filiale adaptée à leur demande.

Cette hypothèse est d'ailleurs la condition même du succès de la coordination car elle permet à tous les clients d'évaluer la qualité à partir d'un seul et du même registre. Il semble que cette hypothèse soit difficile à maintenir dans l'aide à domicile pour des raisons simples : l'organisation doit s'adapter à l'évolution des attentes de la personne âgée si elle veut construire une relation durable. Or, la durée est elle-même synonyme de l'évolution de ces attentes donc de la nécessité d'adapter la qualité en permanence. De même, avec la durée l'utilisateur peut changer de registre d'évaluation de la qualité. Par conséquent, l'organisation est contrainte de mobiliser des registres différents afin de maintenir une relation stable. L'association ADAR où nous avons effectuée notre enquête est un exemple type d'une organisation dont la qualité s'inscrit dans plusieurs conventions.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette thèse avait pour objet l'analyse du fonctionnement du marché de l'aide à domicile en situation d'incertitude sur la qualité. Plusieurs études ont été consacrées à l'insuffisante structuration de l'offre et à l'impact de celle-ci sur le développement du marché. Mais, à notre connaissance, peu d'études se sont intéressées à la place de l'utilisateur (ou de sa famille) dans ce marché. Or, ce volet est important dans le développement qualitatif de ces services. En effet, dans certains milieux notamment urbains, l'offre est constituée d'une multitude de fournisseurs. Ceci devrait permettre à l'utilisateur de disposer d'un choix élargi. Or, celui-ci n'arrivera pas à effectuer un choix raisonné puisqu'il est incapable de connaître les différences de qualité entre les prestataires. À partir de là, on peut dire que le marché de l'aide à domicile fonctionne avec une incertitude sur la qualité.

Une incertitude sur la qualité due à l'indifférenciation des prestataires

La confusion des qualités offertes sur le marché est due à l'absence d'information objective sur ces qualités. Au stade actuel de développement du marché, les signes de qualité comme la norme Afnor et la certification Qualicert sont très peu développés dans l'aide à domicile. Selon nos estimations, basées sur les données de Precepta (2007) et de l'organisme Afnor, l'offre certifiée représente moins de 2% de l'offre globale. En outre, sur une grande partie du marché, le prix des services est unique. Le prix que doivent payer les personnes âgées subventionnées par le Conseil Général ou la CNAV est fixe et unique quelle que soit la qualité offerte par les prestataires. Par conséquent, il est difficile d'utiliser les prix comme mécanisme de signalement des qualités.

Certes, la qualité est régulée notamment par l'agrément qualité. Ce dernier introduit une certaine différenciation entre les prestataires en permettant de distinguer l'offre agréée et l'offre non agréée. Par ailleurs, cette différenciation est insuffisante pour deux raisons principales : 1) une grande majorité des organisations prestataires détiennent cet agrément. En effet, son obtention est incitée par des exonérations fiscales au bénéfice de l'organisation et de ses clients ; 2) l'agrément est une sorte de « ticket » d'entrée sur le marché des services à destination des personnes fragiles et non pas un dispositif qui permet de classer les prestataires selon leur qualité. Il peut garantir un certain niveau de qualité mais il n'informe pas sur les différenciations de qualité entre les prestataires agréés.

Un autre facteur qui empêche les différenciations de qualité est relatif à un manque de définition du service et de sa qualité, ce que Thévenot (1991) qualifie d'insuffisante constitution de l'objet échangé. On peut expliquer cette insuffisance par le fait que les personnes âgées constituent une population hétérogène. En effet, leurs attentes sont différentes selon leurs caractéristiques socio-sanitaires. Notre enquête a montré qu'il existe des profils extrêmement variés selon l'âge, le sexe, le niveau de dépendance, l'isolement social, la fréquence et le volume de l'aide des proches, le niveau de revenu, etc. L'évaluation de la qualité peut donc être différente d'une personne à une autre et d'une situation socio-sanitaire à une autre. Par conséquent, pour que la qualité soit bien appréciée par tous les clients d'une organisation, le service doit être individualisé à leur situation. Suivant cette démarche, les caractéristiques du service de l'aide à domicile sont donc différentes suivant le profil des clients. La qualité des services est donc mouvante, ce qui rend difficile toute tentative de paramétrage.

Cette difficulté à définir la qualité nous conduit à considérer le service d'aide à domicile comme un service d'*expérience* au sens de Nelson (1970). En suivant cet auteur, on peut dire que la qualité et le contenu du service sont appréciés par l'utilisateur après l'avoir expérimenté. Il serait donc insensé de prétendre objectivement qu'un prestataire donné est de meilleure qualité qu'un autre avant l'utilisation du service.

Puisque les différences de qualité sont floues, le doute sur les compétences du prestataire choisi est possible. Ce doute peut exister non pas parce que les prestataires sont tous considérés comme malhonnêtes mais simplement parce que les attentes de la personne dépendante sont indéfinissables de façon précise. Nous rejoignons ici Hirschman (1982) quand il affirme à propos des services de garde d'enfants que « c'est l'ignorance du prestataire [à propos des attentes des parents, *nda*] plutôt que sa ruse qui explique la piètre qualité des services offerts » (p.42). Dans ces conditions, la contractualisation de la prestation ne peut être qu'incomplète. Par conséquent, une partie de la prestation est produite suivant un accord implicite sur les engagements et les droits de chaque partie. De tels contrats seraient difficiles à mettre en place sans une confiance mutuelle.

Dans cette thèse nous avons avancé l'idée selon laquelle la personne âgée subit l'incertitude sur la qualité en deux temps : avant et après la relation de service. Autrement dit, elle est incertaine sur la qualité au moment de choisir un prestataire parmi d'autres et, une fois le choix fait, l'incertitude concernera le comportement du prestataire au cours de la prestation. Cette dernière incertitude ne renvoie pas au problème de *l'aléa moral* proprement dit, bien que celui-ci puisse exister. Nous lui avons donné un sens différent. Il s'agit de l'incertitude sur la capacité du prestataire à adapter la qualité du service à l'évolution des besoins de la personne âgée. Par exemple, la dégradation de la santé de la personne dépendante peut

nécessiter des compétences professionnelles élevées et des services variés. Elle ne peut pas apprécier cette capacité d'adaptation de la qualité du prestataire puisque celle-ci est difficilement identifiable sur le marché. Même si le prestataire s'engage à apporter des solutions satisfaisantes à l'évolution de la dépendance de la personne âgée, rien ne garantit que cet engagement soit crédible. En l'absence d'un contrat explicite, ce qui est difficile à prévoir, le doute sur la qualité adaptative des prestataires peut exister.

Quel est l'impact du manque de différenciation qualitative sur le fonctionnement du marché ?

Le marché de l'aide à domicile est dominé par les services fournis dans le cadre du contrat de gré à gré. Plus de 80% des salariés de ces services sont des salariés employés selon ce type de contrat qui représentent 75% des heures d'interventions d'aide à domicile. Ces services sont peu chers par rapport aux services fournis par les organisations mais sont également de faible qualité. Soulignons que la qualité dans l'aide à domicile ne se réduit pas à la qualité du travail effectuée. Son périmètre s'étend vers d'autres dimensions telles que les qualités relationnelles des employés, la régularité et la continuité de la prestation, l'adaptation de celle-ci aux attentes des usagers et, enfin, la diversité des services. Cet ensemble de qualités peut être assuré par les organisations, ce qui est difficilement le cas de l'offre de gré à gré. Certes la prise en charge de la dépendance par une organisation est plus coûteuse pour l'utilisateur mais elle peut être de meilleure qualité comparée à celle du service de gré à gré. L'arbitrage économique que fait l'utilisateur au moment du choix peut être résumé en ces termes : si la différence de qualité entre les services des organisations et les services des salariés indépendants est supérieure ou égale à la différence de prix, l'utilisateur choisira les services d'une organisation. Un tel choix est conditionné bien évidemment par l'élasticité de la demande par rapport à la qualité.

Cet arbitrage est difficile à opérer tant que les différences de qualité entre les organisations sont encore floues. L'utilisateur doit intégrer dans ses calculs le risque de choisir une organisation de mauvaise qualité. Dans le modèle d'Akerlof (1970), ce risque est d'une chance sur deux. Les utilisateurs estiment la qualité des organisations à travers une moyenne dont la valeur, selon les modalités de calcul dans le modèle, est inférieure à la valeur réelle des qualités offertes. En effet, l'incertitude peut conduire à sous-estimer la qualité moyenne des prestataires. Par conséquent, cette qualité estimée à travers une moyenne (espérance mathématique) serait probablement proche de celle des services de gré à gré. Pour certains utilisateurs, l'écart de qualité entre les deux types d'offre ne justifie donc pas l'écart de prix, d'où leur probable refuge vers l'offre de faible qualité. En des termes simples, certains utilisateurs, notamment les personnes modérément dépendantes, choisissent un service de faible qualité et moins cher plutôt qu'un service d'une organisation plus cher et dont la qualité est incertaine.

Le manque de visibilité des différences de qualité peut entraîner la dégradation de la qualité moyenne des services des organisations. Le mécanisme décrit dans le modèle d'Akerlof peut expliquer cette conséquence : l'offre des organisations de faible qualité peut chasser celle des organisations de bonne qualité. Dans l'aide à domicile, la conséquence peut être de nature un peu différente. Puisque les usagers n'arrivent pas à distinguer les qualités, un prix élevé pratiqué par un prestataire peut être interprété non pas comme un signe de qualité de ce prestataire mais comme un comportement « malhonnête ». Dans le cas où le prestataire ne communique pas assez sur son offre il risque de ne pas transformer l'amélioration de la qualité de ses services en avantage concurrentiel. Au contraire, une certaine ambiguïté peut s'installer et qui peut se traduire par un mouvement de défection des usagers. Il est donc fort probable que les prestataires décident de maintenir leur qualité et leur prix à un niveau faible que de prendre le risque de jugements négatifs affectant leur réputation.

Comment les acteurs dépassent ce problème ?

Pour effectuer un meilleur choix, l'utilisateur doit savoir lequel des prestataires en concurrence correspond à ses attentes actuelles (satisfaction immédiate) et éventuellement celui qui est capable d'adapter la qualité à l'évolution de sa situation socio-sanitaire. L'offre telle qu'elle est structurée actuellement ne peut pas lui fournir l'information nécessaire pour effectuer ce choix. L'incertitude qui caractérise les services d'aide à domicile est donc une incertitude critique au sens de Thévenot (1989) dans le sens où la qualité est méconnue. Pourtant ce problème ne se traduit pas par le rétrécissement du marché comme le prédit le modèle d'asymétries informationnelles d'Akerlof. Au contraire, ce marché est en expansion rapide au regard de ses taux de croissance très élevés. En revanche, en suivant le modèle d'Akerlof on peut supposer que la qualité moyenne baissera. De son côté, Hirschman soutient la même idée de dégradation qualitative mais en l'imputant à la méconnaissance du service et non pas au comportement stratégique des acteurs qui résulte de l'asymétrie informationnelle.

Pour sa part, André Orléan (1991) démontre la possibilité d'un échange mutuellement bénéfique si une certaine différenciation de l'offre est introduite. Selon lui, l'échange possible correspond à un segment de marché où la qualité est définie par une convention. Celle-ci est « l'aboutissement des interactions stratégiques entre les agents » (Orléan, op.cit. p. 149). Ces interactions s'expriment dans l'entrecroisement des utilités entre les différents offreurs et entre les offreurs et les demandeurs. La concurrence conduira à un équilibre caractérisé par un niveau de qualité et de prix. En ce qui concerne le marché de l'aide à domicile, ces interactions à l'origine des conventions de qualité sont de nature différente. Il s'agit principalement, nous semble-t-il, des relations horizontales où les utilités entre les fournisseurs et les demandeurs ne se croisent pas directement à travers la concurrence. Ce sont des relations structurées par de multiples intermédiaires dont l'objet est d'informer les personnes âgées ou des les orienter vers des prestataires adaptés à leurs besoins. Ceci leur permet de distinguer les prestataires

selon leur qualité. La différenciation des qualités s'opère donc dans le niveau du réseau d'échange et non plus dans le niveau des relations de concurrence comme c'est le cas dans le modèle proposé par André Orléan. En réalité, la concurrence se fait essentiellement par l'intermédiaire de ces réseaux et non pas sous forme d'une interaction directe entre les offreurs où l'intermédiation est opérée par les prix.

Les conventions de qualité qui émergent à travers ces interactions dans le réseau d'échange sont multiples et suivent un processus dynamique. L'introduction de nouveaux acteurs dans le marché, qui peuvent être de personnes qui ont des caractéristiques socio-sanitaires particulières, de nouveaux fournisseurs de services ou de nouveaux intermédiaires peut se traduire par la modification des exigences en termes de qualité ou la modification dans la conception du service.

Dans ce marché réseau, les qualités, ou plutôt les démarches de qualité, sont associées à l'identité des prestataires : public, associatif, commercial. On attribue à chaque type d'offre une conception spécifique de prise en charge de la dépendance. Ce sont des représentations collectives partagées qui peuvent être justifiées ou non. L'entraide, par exemple, peut être une valeur attribuée au secteur associatif. Le droit d'accès au service et l'égalité de traitement est une caractéristique que l'on attribue au service public fourni par le CCAS. L'efficacité économique est une autre valeur qui caractérise l'entreprise commerciale. Bien évidemment ces valeurs sont des croyances sociales. Elles ne sont vraies que pour les individus qui y croient. Ce qui nous intéresse n'est pas de savoir si ces croyances sont vraies mais plutôt le fait que les usagers les utilisent pour qualifier les prestataires.

L'identité d'une organisation prestataire est à considérer comme un vecteur de valeurs. En effet, on attribue à chaque organisation, à travers son histoire, des jugements sur sa conception des services et sur sa qualité. Notre enquête a montré qu'une organisation peut faire l'objet de qualification par les usagers, mais aussi par les intermédiaires, en mettant en avant ses principales caractéristiques. Celles-ci sont évaluées souvent subjectivement sous formes de jugements qualificatifs. Quand nous demandons aux usagers d'évaluer la qualité de leur prestataire, chacun évoque la ou les qualités qui lui semblent les plus importantes. Dans leurs discours-jugements, nous avons repérés une multitude de qualités évaluées différemment. L'enquête a montré aussi que ces usagers interagissent entre eux. Plus de 65% des personnes interrogées se connaissent. Ceci suppose qu'ils échangent leurs évaluations sur les prestataires dans le cadre de leurs relations privées. En outre, une partie de ces usagers (presque la moitié) ont recommandé leur prestataire à d'autres personnes âgées. Par conséquent, la proximité sociale entre les usagers n'est pas neutre. C'est une proximité active dans le sens où :

- 1) les usagers partagent (ou confrontent) leurs jugements sur la qualité de leur prestataire. Il s'agit donc d'une activité d'évaluation « collective » de la qualité des prestataires conduisant à l'émergence des réputations ;

- 2) les usagers diffusent la réputation de leur prestataire auprès d'autres personnes puisqu'une partie d'entre eux ont conseillé leur prestataire à d'autres personnes.

Le problème de l'incertitude sur la qualité est donc résolu, sans doute en partie, dans le cadre du réseau d'échange. Les personnes âgées trouvent l'information pertinente sur la qualité des prestataires dans ce réseau. Cela leur permet d'identifier le prestataire dont la qualité est la plus adaptée à leurs attentes. Cependant, cette information sur la qualité est principalement construite sous formes de jugements forcément subjectifs. La circulation de ces jugements dans le réseau d'échange est susceptible de les redéfinir sous forme de jugements partagés. En ce sens, la qualité des organisations est évaluée collectivement dans le cadre de ces réseaux d'échange.

Des comportements individuels différents selon que l'utilisateur soit inséré dans le réseau d'échange ou non

Le réseau d'échange joue un rôle important dans l'orientation du choix des usagers. Notre enquête a montré que le degré d'ignorance des différenciations des qualités baisse chez les personnes âgées qui sont en interaction avec d'autres personnes. Les usagers les plus volatils, autrement dit ceux qui ont déjà changé de prestataire, sont les plus capables de différencier qualitativement les prestataires. Ce sont ces usagers « expérimentés » qui apportent des repères comparatifs aux autres usagers avec lesquels ils sont en interaction.

La capacité à différencier les prestataires est, semble-t-il, liée également à la nature des tierces personnes qui ont orienté la personne âgée. Les usagers orientés par le personnel de santé et par les proches sont en majorité ceux qui affirment connaître les différences de qualité, contrairement à ceux qui ont été orientés par le personnel du secteur social. Nous avons donc identifié quatre choix-types : le choix motivé par la confiance accordée à la tierce personne notamment quand celle-ci est une institution, le choix motivé par la réputation du prestataire, le choix par défaut et le choix subi.

Le réseau d'échange joue aussi un rôle dans l'évolution de la relation entre l'utilisateur et le prestataire. En effet, on distingue les usagers fidèles au prestataire et les usagers incertains à reconduire leur relation avec ce dernier. Les premiers sont généralement ceux qui sont orientés par le personnel de santé ou le personnel du secteur social. Les seconds sont en revanche ceux qui sont orientés par des proches. On peut expliquer cette différence de comportement des usagers par leur appréciation de la qualité adaptative du prestataire. Les usagers fidèles (orientés par une personne institutionnelle) jugent appréciable cette qualité adaptative. En revanche, les usagers incertains à renouveler leur confiance au prestataire (usagers orientés par des proches), sont en majorité sceptiques à propos de cette qualité. Leur interaction avec les autres usagers semble amplifier cette incertitude. Ce résultat peut être interprété de la manière suivante : puisque ces usagers sont incertains à propos de la qualité adaptative, la stabilité de leur relation avec le prestataire est conditionnée par l'engagement de ce dernier à adapter la qualité à l'évolution de leurs

besoins. C'est dans ce sens que nous pouvons qualifier ces usagers d'exigeants. Ils peuvent être d'un apport important au prestataire puisque ils lui permettent d'avoir un regard critique sur la qualité de ses services, ce qui l'inciterait à apporter les améliorations nécessaires. C'est ce que Hirschman (1970) qualifie de « clients actifs » pouvant influencer sur la qualité de l'entreprise, à condition que la stratégie de « voice » domine la stratégie de « l'exit ».

L'insertion des usagers dans le réseau peut leur donner la possibilité d'agir. Cependant, l'enquête a montré que ce réseau ne peut être d'aucun apport pour une certaine partie des usagers. Il s'agit des personnes qui ont choisi leur prestataire par défaut même si ce choix est effectué dans le cadre de leurs relations privées. La proximité avec les autres usagers n'a pas permis à ces usagers de se faire une idée ni sur les qualités des autres prestataires ni sur la qualité adaptative de leur prestataire. Ceci se traduit par une incertitude complète à propos de la qualité et par une incertitude à renouveler le contrat de prestation.

La concurrence par les réputations : une option pour un marché autorégulé ?

Les jugements partagés par les usagers peuvent être assimilés à des réputations. Les usagers interprètent les différenciations de qualité à travers ces réputations. Les réseaux construits autour du personnel médical véhiculent une réputation différente de ceux construits autour des assurances par exemple. Il peut donc exister autant de réputations que de réseaux d'échange. Ceci nous conduit à considérer que la concurrence dans le marché de l'aide à domicile est structurée par les réputations. L'efficacité de ce type de concurrence dépend de la capacité des usagers à sanctionner ou à récompenser les organisations selon leur réputation.

Kreps (1991) démontre que si l'échange n'est pas répétitif, ce qui ne permet pas de sanctionner le comportement déviant de l'entreprise, la concurrence par les réputations ne sera pas efficace. Dans l'aide à domicile, c'est cet aspect temporel de la relation de service qui est à la base de la crédibilité des menaces sur la réputation des prestataires. La reconduction du contrat de prestation est conditionnée justement par le respect des engagements contractuels des prestataires. Comme l'a montré l'enquête, une partie des usagers peuvent être exigeants et volatils. De plus, ces usagers sont les plus interactifs avec d'autres usagers (89% d'entre eux sont en relation avec d'autres usagers). Par conséquent, ils peuvent influencer sur les jugements qui circulent au sein du réseau d'échange. Autrement dit, ce type d'usagers peut affecter la réputation des prestataires. Ils peuvent protester directement auprès du prestataire si sa qualité se détériore, mais surtout ils sont capables de le sanctionner en signalant leur mécontentement aux autres usagers, à leur médecin, au financeur, au régulateur ou aux autres intermédiaires.

Les prestataires ont donc intérêt à soigner leur réputation afin de ne pas subir la désapprobation de leurs clients ou de leurs partenaires notamment des intermédiaires promoteurs de cette réputation. Cela veut dire qu'ils doivent respecter leurs engagements de qualité, faute de quoi la concurrence peut leur

faire subir une sanction. Ce modèle de concurrence ne peut donc fonctionner que si la menace de sanction est crédible. Elle l'est à condition que les clients de ces services interagissent et que cette interaction aboutisse à des évaluations partagées sur la qualité des prestataires. Notre enquête a montré que ces interactions actives existent. Mais rappelons que notre enquête est limitée à un périmètre urbain assez dense. Il convient de voir si tel est le cas dans d'autres milieux.

La sanction de la concurrence par les réputations est possible mais elle serait rarement immédiate. Son exécution intervient, en réalité, d'une façon graduelle et sa conséquence économique voire même politique apparaît généralement dans le moyen ou le long terme. Ceci laisse la possibilité aux organisations dont la réputation est affectée de « se rattraper » par l'ajustement de sa qualité aux exigences des usagers. D'où l'intérêt (ou l'impératif) de ces organisations d'être à l'écoute des usagers les plus exigeants et les moins satisfaits. Cela justifie, d'une certaine manière, l'importance de la dimension de proximité dans ces services. Elle permet d'encourager la « prise de parole » au sens d'Hirschman et d'éviter « l'exit ».

On peut supposer que si l'efficacité du modèle de concurrence par les réputations est établie, le marché de l'aide à domicile peut fonctionner d'une manière relativement autonome. La condition principale d'une telle affirmation repose sur la capacité des réseaux d'échange à fournir une information « objective » sur la qualité des prestataires et à éliminer tous les comportements stratégiques des acteurs, notamment ceux des offreurs. Or, il se peut que les offreurs instrumentalisent ces réseaux notamment à travers leurs relations avec les intermédiaires. En outre, la construction des réputations au sein des réseaux d'échange repose essentiellement sur la subjectivité des acteurs. Cela s'explique par le fait qu'elle est construite sur la base de jugements. L'information sur la qualité diffusée dans ces espaces serait donc forcément une information subjective. Par conséquent, la perspective d'un marché autorégulé semble être difficilement envisageable, à moins que les acteurs inventent un nouveau mode d'évaluation plus objectif de la qualité des services.

La notion de qualité dans l'aide à domicile

Quand on parle de la qualité dans l'aide à domicile on peut évoquer deux choses, qui sont à notre avis important à distinguer. Cette notion de qualité renvoie à la qualité du service et à la qualité de l'organisation prestataire. Nous avons défini la qualité du service comme étant les compétences professionnelles et relationnelles du salarié. Le premier type de compétences est acquis à travers la formation et le deuxième type est généralement acquis dans la sphère privée.

La qualité de l'organisation renvoie aux compétences de ses salariés, à ses procédures de qualité et à sa capacité de les faire respecter par ses salariés. Les procédures de qualité se définissent dans la démarche

suivie par l'organisation dans la prise en charge des besoins des usagers. Le règlement interne qui définit les missions des salariés est un des éléments de cette démarche. Il permet au salarié mais aussi à l'employeur et à l'utilisateur de définir le plus clairement possible des engagements de chacun.

La diversification des services est un autre domaine de la démarche qualité de l'organisation. Elle permet d'envisager une prise en charge adaptée à l'évolution des attentes des usagers. C'est ce que nous avons qualifié de « qualité adaptative » de la prestation. Enfin, nous avons noté l'importance de la dimension de proximité dans les démarches qualité. Cette proximité entre l'utilisateur et le prestataire peut permettre de clarifier les nouvelles attentes des usagers et l'ajustement de la qualité en conséquence. L'ensemble de ces dimensions nous les avons qualifiés de qualité totale de l'organisation. C'est celle-ci qui fait l'objet de jugement par les usagers. La réputation du prestataire renvoie également à cette qualité totale.

La distinction entre la qualité du service et la qualité totale de l'organisation est importante pour comprendre le fonctionnement du marché de ces services. En effet, le moment de choisir un prestataire correspond à un moment d'évaluation de la qualité totale des différentes organisations. A travers la réputation, les usagers optent pour un tel ou à une autre organisation (quand ce choix est possible). Le déroulement de la prestation est le moment où la qualité du service est évaluée. Autrement dit, c'est la relation entre le (ou les) salarié(s) qui fait l'objet d'une évaluation permanente. En cas de tensions entre le salarié et l'utilisateur, l'organisation intervient pour apporter les solutions nécessaires. De même, lorsque les attentes de l'utilisateur ont évolué, cette intervention devient nécessaire pour maintenir la satisfaction de ce dernier. Dans les deux cas, l'utilisateur évalue cette intervention de l'organisation, ce qui est synonyme de l'évaluation d'une des dimensions de la qualité totale de l'organisation.

On peut donc avancer l'idée selon laquelle la stabilité de la relation de service dépend d'abord de la qualité de la relation entre l'utilisateur et le salarié. En cas de tension entre ces deux acteurs, la stabilité de la relation dépendra de la proximité et de la réactivité du prestataire.

Une évaluation de la qualité à travers des conventions

Chaque organisation, ou chaque type d'organisations, suit une démarche de qualité spécifique à ses valeurs et à son histoire. Elle peut être interprétée comme étant une succession d'opérations, à travers son histoire, qui visent à adapter son offre à l'évolution de son environnement immédiat et à ses contraintes. Ces démarches de qualité sont difficiles à caractériser de l'extérieur. Cette difficulté s'explique par le fait qu'une organisation observée peut croiser plusieurs démarches de qualité. C'est le cas de plusieurs organisations que nous avons enquêtées qui suivent à la fois une démarche de professionnalisation de leurs emplois, une démarche de diversification de leurs services, une démarche de diversification des publics pris en charge et enfin, une démarche de proximité avec l'utilisateur dans la production de la

prestation. D'autres organisations suivent des démarches différentes voire opposées. On peut noter la démarche d'incorporation des qualités relationnelles dans leur offre dans le sens où les salariés sont sélectionnés principalement sur la base de leurs qualités idiosyncrasiques. Une autre démarche adoptée par certaines organisations consiste à se spécialiser dans un type de service et/ou dans un type de public, par opposition à la démarche de diversification. Enfin, on peut noter la démarche de « marchandisation/standardisation » qui consiste à concevoir le service à partir des standards de qualité, des techniques ou en fonction de ce qu'indique le marché (la demande agrégée). Cette façon de concevoir le service laisse peu de place à la participation de l'utilisateur dans la construction de la qualité, ce qui s'oppose à la démarche de proximité suivie par d'autres organisations.

En croisant ces différentes démarches de qualité, nous avons essayé de construire une typologie de modèles d'organisations. Chaque modèle se définit par la nature de l'offre, la nature des publics pris en charge, le support de la qualité et les ressources qui peuvent être mobilisées pour dépasser les tensions avec l'utilisateur. Rappelons que ces derniers sont de profils différents. Leurs modes d'évaluation de la qualité sont multiples. Certains, peuvent apprécier les compétences professionnelles des salariés plutôt que leurs compétences relationnelles. Pour certains usagers, la qualité peut être associée au prix tandis que pour d'autres elle serait associée aux procédures mises en place ou au fait qu'elle soit certifiée. La proximité est aussi une dimension que certains invoqueront comme la principale dimension de la qualité. Pour d'autres, c'est la capacité de l'organisation à adapter la prestation ou à l'enrichir par la variété.

La richesse de ces évaluations de la qualité est synonyme de la multiplicité des qualités dans l'aide à domicile. Comment s'effectue la coordination dans ce marché sachant qu'il existe des modèles d'organisation différents et une pluralité des modes d'évaluation de la qualité par les usagers ? Cette question résume la problématique de cette thèse. On peut supposer qu'au moment du choix chaque usager tente de repérer l'organisation dont la qualité correspond à son mode d'évaluation privilégié. Les organisations à leur tour, envoient des signaux sur leur qualité vers le réseau d'échange. C'est dans cet espace des relations sociales que les usagers interprètent les qualités des organisations. La coordination s'effectue donc au sein de ces réseaux comme l'a montré notre enquête. Elle a montré aussi que les usagers sont en majorité fidèles à leur prestataire. On peut interpréter cette fidélité comme un signe d'une coordination réussie. Cela suppose donc que l'organisation suit une démarche de qualité qui correspond au mode d'évaluation de celle-ci adopté par une grande partie de ses clients. Il s'agit donc d'une convention de qualité dans laquelle l'organisation s'identifie et à travers laquelle les usagers identifient cette organisation. C'est dans ce sens que nous pouvons associer chaque modèle d'organisation à une convention de qualité. Nous avons identifié quatre conventions de qualité : la convention de qualité relationnelle, la convention de qualité professionnelle contractualisée, la convention de qualité marchande et la convention de qualité technique garantie.

Une multiplicité des qualités conventionnelles ou une qualité multi-conventionnelle ?

La stabilité de la coordination est conditionnée par le fait que chaque acteur (usagers et organisations) maintient son mode d'évaluation de la qualité dans un registre commun. Dans le cas où l'un des deux acteurs change de mode d'évaluation de la qualité, l'autre acteur doit suivre cette évolution afin de maintenir la stabilité de la coordination. Le cas échéant, les tensions à propos de la qualité apparaissent et peuvent conduire à la rupture de la relation (si un compromis n'est pas trouvé). Dans cette dernière éventualité, l'utilisateur peut être amené à changer de prestataire en faisant appel à un autre dont la qualité est située dans une convention différente. La pluralité des conventions suppose donc, qu'en cas d'échec de la coordination, les acteurs doivent évoluer d'une convention à une autre, ce qui est synonyme de rupture de leur relation.

Dans l'aide à domicile, les tensions peuvent exister, ce qui peut mettre la coordination en difficulté. L'introduction de la notion du temps dans la relation de service est la première source de tensions sur la définition de la qualité. En effet, avec le temps, l'utilisateur peut changer de mode d'évaluation de la qualité. Ce changement peut être dû à l'évolution de ses attentes. La modification de son état de santé ou de sa situation sociale (le décès du conjoint par exemple) peut induire de nouvelles attentes qui modifieront sa façon d'évaluer la qualité. Le prestataire doit alors adapter son offre, ce qui peut être synonyme de son évolution vers un autre registre de qualité, autrement dit, vers une autre convention de qualité.

La deuxième source de tensions est relative au caractère dynamique des démarches de qualité. En effet, ces démarches peuvent aboutir à de nouvelles contraintes organisationnelles et économiques. La démarche de professionnalisation par exemple, peut se traduire par l'augmentation du coût des services, ce qui peut conduire l'organisation à s'ouvrir sur d'autres marchés dont la qualité est évaluée à travers des conventions différentes. Dans ce cas, la qualité de cette organisation s'inscrit dans plusieurs conventions. Ceci peut être interprété par ses clients comme un éloignement vis-à-vis de sa convention mobilisée initialement, autrement dit, celle à travers laquelle ses clients l'ont identifiée et l'ont choisie. Par conséquent, des tensions peuvent émerger et sa réputation peut être affectée.

Dans l'aide à domicile, il est donc difficile de maintenir la coordination dans une seule convention de qualité. Il nous semble que la spécificité de ces services, notamment le fait que la prestation s'inscrit dans la durée, nécessite des formes de coordination particulières. La convention initialement mobilisée à un moment donné peut être couplée plus tard avec d'autres conventions concurrentes. Cette solution est possible tout en apaisant les éventuelles tensions entre les acteurs de la relation de service. La condition est que la dimension de proximité entre l'utilisateur et le prestataire soit forte et que ce dernier soit capable de trouver un compromis entre les différentes conventions. Salais et Storper (1993) évoquent le fait que les organisations peuvent se situer au carrefour de plusieurs conventions de qualité. L'association ADAR où

nous avons effectuée notre enquête est un exemple type d'un modèle de qualité pluri-conventionnelle. C'est le cas également de plusieurs organisations de notre échantillon.

Quelles perspectives ?

Nous pensons que ce modèle de qualité pluri-conventionnelle est largement diffusé dans les services de l'aide à domicile. Il serait intéressant de l'examiner avec plus de précision notamment pour identifier d'éventuelles sous-variantes de ce modèle. Une enquête sur un échantillon plus large à celui de notre enquête peut permettre d'identifier avec plus de précision les propriétés de ce modèle. Il serait également fructueux de mettre en parallèle la typologie des organisations et celle de leurs clients. La question qui mérite d'être posée est de savoir si le profil des usagers est différent d'une organisation à une autre. Si tel est le cas, on peut affirmer que finalement la « sélection » existe dans ces services. Cette hypothèse nous l'avons écarté dans cette thèse, mais s'il s'avère que cette sélection existe dans d'autres marchés locaux cela veut dire que la coordination s'effectue sur la base des conventions de qualité plus stables. Par quel procédé s'opère cette sélection et sur quelle convention de qualité repose-t-elle ? L'arrivée des acteurs de l'assurance dans le marché de l'aide à domicile ne va-t-elle pas introduire des pratiques assurantielles dans ce marché, notamment des pratiques de sélection des clients ? Une telle éventualité permettrait aux organisations de fixer la qualité dans une logique contractuelle, ce qui consacre la domination du registre assurantiel sur les autres registres de qualité.

Un certain nombre d'indicateurs peuvent être mobilisés pour caractériser les usagers et leurs organisations. Le degré de proximité est l'un de ces indicateurs. Comment peut-on la mesurer ? Quelle est la place du salarié, ou plutôt de ses compétences relationnelles, dans cette relation de proximité ? Nous avons souligné le fait que la stabilité de la relation de service repose en grande partie sur ces qualités relationnelles. Mais nous n'avons pas pu cerner toute la complexité de cette notion. Il serait intéressant de l'examiner en interrogeant les salariés de l'aide à domicile. La dimension de proximité dans les différents modèles de qualité ne serait-elle pas liée aux caractéristiques du personnel des organisations ? Au-delà même de cette question, il serait intéressant de voir s'il existe un lien entre les modèles d'organisations et les modèles d'emploi créés dans ces services.

La progression de la démarche de marchandisation/technicisation des prestations est une tendance que l'on peut observer dans ce marché. Elle pourrait réduire le poids de la proximité dans ces services, ce qui est synonyme d'une évolution vers la domination de la qualité évaluée par le marché ou à travers des standards. Assisterons-nous à une mutation complète du modèle actuel ou à une certaine résistance notamment du secteur non-marchand où justement la qualité pluri-conventionnelle est la plus ancrée ?

Le profil des usagers peut également évoluer. L'arrivée d'une génération de personnes âgées plus exigeantes et moins dépendantes conduirait à un modèle de marché où la défection peut devenir un comportement courant. La familiarisation de cette génération avec les nouvelles techniques de communication favoriserait le développement d'un certain « consumérisme » dans ces services, ce qui

peut faciliter la circulation des jugements individuels et les transitions des usagers entre plusieurs modèles d'offre. Suivant cette hypothèse, l'autorégulation dans ce marché peut prendre une place de plus en plus importante. Il serait donc aussi intéressant d'interpréter les évolutions socioculturelles des personnes dépendantes pour voir en quoi elles peuvent modifier le fonctionnement du marché.

BIBLIOGRAPHIE

A

- AMOSSÉ T., CHARDON O. [2006], « Les travailleurs non qualifiés : une nouvelle classe sociale ? », *Économie et Statistique*, n° 393-394.
- ANSP, [2008], *Tableau de bord*. Observatoire de l'activité et de l'emploi dans les services à la personne, ANSP, mars 2008.
- AKERLOF G. [1970], « The market lemons: quality uncertainty and the market mechanism », *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 84.
- ALCHIAN A. [1950], « Uncertainty evolution and economic theory », *Journal of Political Economy*, Vol. 58, n°3.
- ALIAGA C. [2000], « L'aide à domicile en faveur des personnes âgées », *INSEE- Premières synthèses*, n° 744.
- ALLAIS M. [1953], *Le comportement de l'homme rationnel devant le risque: Critique des postulats et axiomes de l'école américaine*, *Econometrica*.
- ARCHAMBAULT E. (2001), « Y a-t-il un modèle européen du secteur sans but lucratif ? », *Recma*, n° 282.
- ARCHAMBAULT E et TCHERNONONG V., (1994), « Le poids économique du secteur associatif », *Recma* n° 253-254.
- ARCHAMBAULT E., GREFFE X. [1984], *Les économies non officielles*, La Découverte, Paris.
- ARROW K. [1951], *Social Choice and Individual Values*, John Wiley and Sons, New York.
- ARROW K. [1962], « The economics implications of learning by doing », *Review of Economics Studies*, Vol.29, n° 2.
- ARROW K. [1963], « Incertitude et économie du bien être des soins médicaux », traduction française de ARROW K. « uncertainty and walfar. Economics of medical care », *American economic review*, in GRANGER, TH. [2000], *La théorie de l'information et des organisations*, Dunod, paris.
- ARROW K. [1985a], « Potentialités et limites du marché dans l'allocation des ressources », in GRANGER, TH., [2000], *Théorie de l'information et des organisations*, Dunod, paris.
- ARROW K. [1985b], « The economics of agency », In PRATT, J., ZECKHAUSER, R. (dir.), *Principals and agents: the structure of business*, Havard Business School Press, Boston.
- ARROW K. [1987], « De la rationalité de l'individu et des autres dans un système économique », *Revue Française d'Economie*, Vol. 2, n° 1, (traduction de ARROW K. « Rationality of self and others in an economic system », *Journal of Business*, Vol.59, n°4.].
- ARROW K. [2000], *Théorie de l'information et des organisations*, Traduction française. Dunod, Paris.
- ARROW K., DEBREU G. [1954], « existence of an equilibrium for a competetive economy », *Econometrica*, 22, 265-290.

- ARROW K., FISHER A.C., [1974], « Environmental preservation, uncertainty and irreversibility », *Quartly Journal of Economics*, Vol.88.
- ARTUS P. [1993], *Défaut de coordination des activités : principes et exemples*, *Revue Economique*, volume 44, N°3.
- ARTUS P., BRENHES B. [1993], *faut-il favoriser la création d'emplois tertiaires ?* *Revue Economique*, volume 44, N° 3.
- ASSOCIATION RECHERCHE [1999], *Année de régulation : économie, institutions, pouvoir, Etat et politiques économiques*, volume 3, La Découverte, paris.
- ATTIAS-DONFUT C. [1995], *Les solidarités entre générations, Vieillesse, Familles, État*, Nathan, Paris.

B

- BAILLY J.P. [1996], *Le développement des services de proximité*, Conseil Économique et Social, Journal Officiel, janvier, Paris.
- BALLET J. [1997], *Entreprise d'insertion et l'économie sociale*, RECMA, 1997, N° 266.
- BARANES E., FLOCHET L. [1996], « Incitation et information corrélée : conséquences sur l'organisation des marchés publics », *Revue Economique*, vol. 47, n°3.
- BARBIER J.C. [1997], *Les politiques de l'emploi en Europe*, PUF, Paris.
- BARCET A., BONAMY J. [1997], « Les services de proximité à la recherche d'un modèle », *Revue d'Economie Industrielle*, N° 80, 2^e trimestre.
- BARCET A., BONAMY J. [1994], « Qualité et qualification des services », In, DE BANDT J., GADREY J. [1994], *Relations de services, marchés de services*, CNRS Éditions, Paris.
- BAS-THÉRON F., ROQUEL T., SALZBERG L. [1997], *L'aide ménagère à domicile aux personnes âgées*, Tome 1, Inspection Générale des Affaires Sociales, Paris.
- BAZZOLI L., DUTRAIVE V. [1997], « Approche de la notion de confiance dans les théories économiques des institutions : du calcul au compromis », in BERNOUX P., SERVET J.M. (dir.), *La construction sociale de la confiance*, Association d'économie financière-Montchrestien, p. 391-415.
- BENETTI C., CARTELIER J. [1980], *Marchands, salariat et capitalistes*, Maspero, Paris.
- BENTOGLIO G. [2005], « Développer l'offre de services à la personne », *Cahier du Plan*, n°4.
- BERLE, A. MEANS G. [1932], «The Modern Corporation and Private Property». MacMillan, NY.
- BERNOULLI D. [1738], « Esquisse d'une théorie nouvelle de mesure du sort », *Cahiers du Séminaire d'Histoire des Mathématiques*, n°6, 1985.
- BERRAT B. [1993] « les différentes composantes de la demande de services gérontologiques », *Revue Française des affaires sociales*, n°4.
- BERTHOUD A. [1994], « Remarques sur la rationalité instrumentale, Quelles hypothèses de rationalité pour la théorie économique », *Cahiers d'Economie Politique*.
- BEVERNAGE F. [1998], « La grille AGGIR : un enfer pavé de bonnes intentions ? », *La Revue du Généraliste et de la Gérontologie*, n°42.

- BIENCOURT O. [2001], « Théorie des conventions : l'économie des conventions : l'affirmation du programme de recherche », in BATIFOULIER P. *Théorie des conventions*, Economica, paris.
- BOLTANSKI L., THÉVENOT L. [1987], *Les économies de la grandeur*, Cahiers du CEE, série Protée, n° 31, Paris, CEE, PUF.
- BOLTANSKI L., THÉVENOT L. [1991], *De la Justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.
- BOUROCHE J.M., SAPORTA G. [2002], *Analyse des données*, coll. Que sais-je? Poche, Paris.
- BOUTROUE Y. [2006], « La citoyenneté des usagers est-elle soluble dans les pratiques institutionnelles ? », Les Cahiers de l'Actif, n°330/33.
- BOUVIER-PATRON P. [1993], « Les formes d'organisation des entreprises : limites de l'approche transactionnelle et genèse de l'inter organisation », Revue de l'Economie Appliquée, 1993, volume 46, N° 4.
- BOUYER A. [2004], « Un dispositif local et pourtant si lointain : les paradoxes du maintien à domicile des personnes âgées face aux enjeux de la proximité », Congrès « Proximity Economics : Proximity, Networks and Co-ordination », mai 2004.
- BOYER R. [1986], *La théorie de la régulation : une analyse critique*, La Découverte.
- BOYER R., ORLÉAN A. [1995], « Stabilité de la coopération dans les jeux évolutionnistes stochastiques », Revue Economique, volume 46, N°3.
- BOYER R., ORLÉAN A [2004], « *Persistance et changement des conventions* », p. 243-273, in ORLÉAN A (dir.), *Analyse économique des conventions*, Puf, paris.
- BOYER R., SAILLARD Y. [2002], *Théorie de la régulation. L'état des savoirs*, La Découverte, Paris.
- BRÉCHET J.-P., SCHIEB-BIENFAIT N., URBAIN C. [2004], *La construction de la concurrence ; projets des acteurs et régulations dans l'univers des services à domicile aux personnes âgées*, Communication aux Journées Nationales des IAE, Lyon.
- BRESSÉ S. [2004], « Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000 », Études et résultats, n° 296, DREES.
- BREUIL-GENIER P. [1998], « *Aides aux personnes âgées dépendantes : la famille intervient plus que les professionnels* », Économie et Statistiques, 6/7, n° 316-317
- BRIGITTE B., [1993], « Les différentes composantes de la demande de services gérontologiques », *Revue Française des affaires sociales*, n°4.
- BRIOT M. [2005], *Solidarité et intégration, handicap et dépendance*, Avis n° 2569, la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Assemblée nationale.
- BRONNER G. [1997], *L'incertitude*, coll. Que sais-je ? Puf, Paris.
- BROUSSEAU E. [1993], « La théorie des contrats : une revue », Revue d'économie politique, vol. 103, n° 1, 1993, p. 1-82.
- BROUSSEAU E. [1993], *L'économie des contrats : technologie de l'information et coordination interentreprises*, PUF, Paris.
- BROUSSEAU E. [1995], « De la science du marché à l'analyse économique des Formes de coordination », Les Cahiers Français, n° 272, p. 54-63.

BUTTÉ-GÉRARDIN I. [1999], *L'économie des services de proximité aux personnes âgées*, Harmattan, Paris.

C

CAHUC P. [1993], *La nouvelle microéconomie*, collection Repères, La Découverte.

CAHUC P., DEBONNEUIL M. [2004], *Productivité et emploi dans le tertiaire*, Rapport du Conseil d'Analyse Économique, La Documentation française, Paris.

CALLON M., LASCOUMES P., BARTHE Y. [2001], *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Seuil, Paris.

CALLON M., MEADEL C., RABEHARISOA V. [2000], « l'économie des qualités », *Politix*, vol.13, n° 52, pp. 211-239.

CAMPÉON A. LE BIHAN, B. [2006], « Les plans d'aide associés à l'Allocation personnalisée d'autonomie. Le point de vue des bénéficiaires et de leurs aidants », DARES, Etudes et Résultats, n° 461.

CAUSSE L., FOURNIER C., LABRUYERE C. [1998], *Les aides à domicile, des emplois en plein remue-ménage*, Syros, Alternatives sociales, Paris.

CENTRE D'ANALYSE STRATÉGIQUE [2006], *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*. Rapport pour le Premier Ministre, juin 2006.

CETTE G. et alii. [1996] *services de proximité et nouvelle croissance*, RECMA, 1966, N° 262.

CETTE G. et alii. [1998], *Les emplois de proximité*, Rapport du Conseil d'Analyse Économique, La Documentation Française, Paris.

CHAMBERLIN E. [(1933) 1953], *La théorie de concurrence monopolistique*, Puf, Paris.

CHIAPPORI P.A. [1994], « Anticipations rationnelles et conventions » in ORLÉAN A. (dir.), *Analyse économique des conventions*, Paris, PUF.

CHOL A. [2006], « Les emplois familiaux en 2004 : un secteur en forte croissance », *Premières synthèses*, n° 19.1, avril, DARES.

CLÉMENT S., DRUHLE M. [1993], « L'entourage relationnel des personnes âgées et les services gérontologiques », *Revue Française des affaires sociales*, n°4.

CLERGEAU C. DUSSET A. [2004 a], « Les entreprises sociales en quête de professionnalisation », *RECMA*, N° 294. p. 39-53.

CLERGEAU C., DUSSUET A. [2004 b]. « Quels modèles de substitution aux solidarités familiales : l'exemple de l'aide à domicile aux personnes âgées », *Solidarités collectives - Familles et solidarités*, Girard D. (dir.), L'Harmattan, p.115-129.

CLERGEAU C., DUSSUET A. [2005]. « La professionnalisation dans les services à domicile aux personnes âgées : l'enjeu du diplôme », *Formation Emploi*, n°90, p. 65 -78.

CNAV [2004], *Rapport national d'activité*, CNAV.

COASE R. [1988], *The Firm, the Market, and the Law*, Chicago, University of Chicago Press.

COESTIER B. [1998], « Asymétrie de l'information, réputation et certification », *Annales d'Economie et de Statistique*, n° 51, pp. 49-78

- COESTIER B., MARETTE, S. [2004], *Economie de la qualité*, La Découverte, coll. Repères, Paris.
- CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL [1996], *Le développement des services de proximité*, Paris.
- COOPER R., ROSS T. [1985], « Product warranties and double moral hazard », *Rand Journal of Economics*, vol. 16, p. 103-113.
- CORDONNIER L. [1994], « L'échange, la coopération et l'autonomie des personnes », *Revue du MAUSS*, 2^e semestre, 1994, N° 4.
- COUR DES COMPTES [2005], *Les personnes âgées dépendantes*, Rapport pour le Président de la République, Novembre 2005.
- CRÉDIT AGRICOLE [2006], *Les services à la personne*, Horizons Bancaires, n° 330.
- CRENNER E. [1999], « Famille, je vous aide », INSEE Première, n°631.
- CROFF B. [1994], *Seules. Genèse des emplois familiaux*. Paris, Métailié.

D

- DARBY M., KARNI E. [1973], « Free competition and the optimal amount of fraud », *Journal of Law and Economics*, vol. 16, pp. 67-88.
- DE BANDT J. [1985], *Les services dans les sociétés industrielles*, Economica, paris.
- DE BANDT J., GADREY J. [1994], *Relations de services, marchés de services*, CNRS Éditions, Paris.
- DE FINETTI, B., [1937], « La prévision : ses lois logiques, ses sources subjectives », *Annales de l'institut Henri-Poincaré*, Paris.
- DEBONNEUIL M. [2004], « Les services, une opportunité pour créer des emplois productifs » in CAHUC P., DEBONNEUIL M. *Productivité et emploi dans le tertiaire*, Rapport du Conseil d'Analyse Économique, La Documentation Française, Paris.
- DEBONNEUIL M., LAHIDJI R. [1998], « Services de proximité, État et marché », p. 40-60, in Cette G. [1998], *Les emplois de proximité*, La Documentation Française, Paris.
- DEBREU G. [1959], *Theory of value: an axiomatic analysis of economic equilibrium*, Wiley, New-York.
- DEBREU G. [1966] (2001), *Théorie de la valeur*, traduction française, Dunod, paris.
- DEFEUILLEY C. [2000], « Délégation des services publics et théorie des contrats », *Revue Economie et Société*, vol. 34, N°6.
- DELAUNAY J.C [2002], « La société de service : quelle régulation macro-économique ? » *Revue Economie et Société*, vol. 36, N°7.
- DELAUNAY Q. [1997], « Entre individuel et le collectif : le conventionnalisme, une synthèse compromise », *Revue Economie et Société*, 1997, volume 31, N°12.
- DEMANGE G., PONSSARD J.P. [1994], *Théorie des jeux et analyse économique*, Puf, Paris.
- DEMSETZ H. [1979], « Accounting for Advertising as a Barrier to Entry », *Journal of Business*, vol. 52, p. 345-360.
- DEPRET M-H. [2003], *Incertitude globale, rupture paradigmatique et dynamique industrielle*, Thèse de doctorat en sciences économiques, université de Lille 1.

- DEVETTER F-X., ROUSSEAU F. [2007], « Services domestiques : quelles perspectives pour une stratégie d'industrialisation », *Revue d'Economie Industrielle*, n°119.
- DEVETTER F-X. [2002], « Vers une nouvelle norme des temps de travail ? Temps subis, ou temps choisis? », *Formation emploi*, n°78.
- DHERBY B., PITAUD P., VERCAUTEREN R. [1996], *La dépendance des personnes âgées .Des services aux personnes âgées aux gisements d'emploi*. Erès, Paris.
- DREES. [2007], « L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2007 », *Etudes et Résultats*, n° 615.
- DUÉE M., REBILLARD C. [2006], « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », INSEE, *Données sociales - La société française*, édition 2006.
- DUHARCOURT P. [1997], « Ecole des conventions et de la régulation : modes éphémères des programmes opératoires de recherches ? » *Revue Economie et Société*, 1997, volume 31, n°12.
- DUPUY J.P., EYMARD-DUVERNAY F., FAVEREAU O., ORLÉAN A., SALAIS R., THÉVENOT L. [1989], «Introduction, L'économie des conventions », *Revue Economique*, vol. 40, n° 2.
- DUPUY J-P. [1989], « Convention et Common Knowledge », *Revue Economique*, vol. 40, n°2.
- DUSSUET A. [2005], *Travaux de femmes. Enquêtes sur les services à domicile*, Paris, L'Harmattan.

E

- EBER N. [2004], *Théorie des jeux*, Dunod.
- EDWARDS DEMING W. [1996], *Du nouveau en économie*, Economica 1996.
- EDWARDS DEMING W. [2002], *Hors de la crise*, (3e éd.), Economica 2002
- ELSTER J. [1989], *The Cement of Society, A study of social order*, Cambridge University Press, Cambridge.
- ENJOLRAS B. [1995], *Le marché providence : aide à domicile, politique sociale et création d'emploi*, Paris, coll. Sociologie Economique, Desclée de Brouwer
- ENJOLRAS B. [1995], « Comment expliquer la présence d'organisations a but non lucratif dans une économie de marché ? L'apport de la théorie économique », *Recma*, n°44.
- ENJOLRAS B. [2002], *L'économie solidaire et le marché, modernité, société civile et démocratie*, L'Harmattan, Paris.
- ENJOLRAS B., LAVILLE J-L. [2001], « France : des services locaux, associatif et public, confrontés à des règles nationales changeantes », in LAVILLE J.L., NYSENS M. (dir.), *Les services sociaux entre associations, Etat et marché*, La Découverte, Paris.
- ENNUYER B. [2006], « Le processus d'évaluation des besoins des personnes âgées dépendantes », *adsp*, n°56, septembre, 2006.
- ESCOFIER B., PAGÈS J. [1998], *Analyses factorielles simples et multiples. Objectifs méthodes et interprétation*. Dunod. Paris.

- ESPINASSE M-T. [1993], « Autour de la demande, quelle conception de la solidarité : le rapport entre l'offre des services et les usagers », *Revue Française des affaires sociales*, n°4.
- ESPING-ANDERSEN G. [1990], *Les trois mondes de l'Etat-providence*, Puf, Paris.
- EYMARD-DUVERNAY F. [1986], « La qualification des produits », in Salais R., Thévenot L. (dir.), *Le travail. Marchés, Règles, Conventions*, Paris, INSEE, Economica.
- EYMARD-DUVERNAY F. [1989], « Conventions de qualité et formes de coordination », *Revue Economique*, vol. 40, n° 2.
- EYMARD-DUVERNAY F. [1994], « Coordination des échanges par l'entreprise et qualité des biens », in Orléan A. [dir.], *Analyse économique des conventions*, Paris, PUF.
- EYMARD-DUVERNAY F. [1995], « La négociation de la qualité », in NICOLAS F., VALCESCHINI E., (dir.), *Agro-alimentaire : une économie de la qualité*, Paris, INRA, Economica.
- EYMARD-DUVERNAY F. [2002], *Pour un programme d'économie institutionnaliste*, *Revue Economique*, Paris, vol. 53, n°2.
- EYMARD-DUVERNAY F. [2004], « Coordination des échanges par l'entreprise et qualité des biens », p. 331-358, in Orléan A. *Analyse économique des conventions*, Puf, Paris.

F

- FAVEREAU O. [1988], « La Théorie Générale : de l'économie conventionnelle à l'économie des conventions », *Cahiers d'Economie Politique*, n° 14-15.
- FAVEREAU O. [1989], « Marchés internes, marchés externes », *Revue Economique*, n° spécial, « économie des conventions » mars 1989.
- FAVEREAU O. [2004], « Règles, organisation et apprentissage collectif : un paradigme non standard pour trois théories hétérodoxes », p. 137-162, in Orléan A. *Analyse économique des conventions*, Puf, Paris.
- FLIPO A. [1998], « La demande de services de proximité : une mise en perspective », p. 103- 123, in CETTE G. *Les emplois de proximité*, La Documentation Française, Paris.
- FLIPO A., HOURRIEZ J.M. [1992], *L'économie des services*, la Découverte, Paris.
- FLIPO A., OLIER L. [1996], *Services : la productivité en question*, Desclée de Brouwer, Paris.
- FRAISSE L., GARDIN L., LAVILLE J.L. [2001], « Les externalités positive dans l'aide à domicile », in LAVILLE J-L ET NYSENS M. (dir.), *Les services sociaux entre associations, Etat et marché*, La Découverte, Paris.

G

- GADREY J. [1990 a], *Nouvelle demande, nouveaux services*, La Documentation française, paris.
- GADREY J. [1990 b], « Rapports sociaux de services : une autre régulation », *Revue économique*, vol. 41, n°1, Janvier, p. 49-69.
- GADREY J. [1992], *Economie des services*, la Découverte, Paris.

- GADREY J. [1995], « Éléments de socio-économie des relations de service », in JACOB A., VÉRIN H. [1995], *L'inscription sociale du marché*, L'Harmattan, Paris.
- GADREY J. [1996], *L'économie des services*, La Découverte, coll. Repères, Paris.
- GADREY J. [1999], « L'économie sociale dans les services de proximité : pionnière, partenaire », *RECMA*, n° 272.
- GADREY J. [2000], *Emploi et travail: regards croisés*, Harmattan, Paris.
- GADREY J. [2002], « La théorie de régulation à l'épreuve de l'économie de la qualité et du service », *Revue Economie et Société*, vol.36, n°7.
- GADREY J., JANY-CATRICE F. [1997], « L'emploi commercial aux Etats-Unis et en France et les difficultés des comparaisons internationales », *Revue de l'IRES*, 1997, n°25.
- GADREY N., JANY-CATRICE F., PERNOT-LEMATRE M. [2003], *Les enjeux de la qualification des employés - Conditions de travail et compétences des « non qualifiés »*, Rapport pour le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DARES.
- GALBRAITH J. [1969], *The affluent society*, Boston, Houghten Mifflin.
- GAL-OR E. [1989], « Warranties as a Signal of Quality », *Canadian Journal of Economics*, vol. 22, n° 1, p. 50-61.
- GODARD O. [2004], « Autour des conflits à dimension environnementale - Evaluation économique et coordination dans un monde complexe », *Cahier d'Economie Politique*, n° 47, p. 127-153.
- GOFFMAN E. [1987], *Façons de parler*, Editions de Minuit, Paris.
- GOGUE J.M. [2006], *Qualité totale, et plus encore. Le management de la qualité en question*, L'Harmattan, Paris.
- GOMEZ P-Y. [1994], *Qualité et Théorie des Conventions*, Economica, Paris.
- GOUNOUF M.F. [2002], « Qualité : le point de vue des usagers » in LAVILLE J.L., NYSSSENS M. *Les services sociaux entre associations, Etat et marché : l'aide aux personnes âgées*, La Découverte, Paris.
- GRANOVETTER M. [1985], « Economic action and social structure: the problem of embeddedness », *American Journal of Sociology*, 91 (3), p. 481-510.
- GRANOVETTER M. [1995], « La notion d'embeddedness », in JACOB A. et VERIN H. (dir.), *L'inscription sociale du marché*, p. 11-21, L'Harmattan, Paris.
- GRANOVETTER M. [2004], Les institutions économiques comme constructions sociales : un cadre d'analyse », p. 120-134, in ORLÉAN A. (dir.), *Analyse économique des conventions*, Puf, Paris.
- GROSSMAN S.J. [1981], « An introduction to the theory of rational expectations under asymmetric information », *Review of Economic Studies*, Vol. 48.
- GUERRIEN B. [1995], *La théorie des jeux*, Economica, Paris.

H

- HADDAD P. [2003], *La régulation des services de proximité. Marché, institutions, organisations*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Paris XIII.

- HADDAD P. [2004], « Quel développement des services de proximité ? Retour sur quinze ans de débats et de politique publique », *Économie et Sociétés*, n°6.
- HADDAD P. [2006], « Quel modèle de développement pour les services à la personne ? Aperçu européen et spécificités françaises ». XVI international RESER conference. Lisbon, September 28-30, 2006.
- HAWTREY R. [1926], *The Economic Problem*, New York, Longmans, Green and Co.
- HENRARD J. C. [2002], « La nouvelle politique gérontologique », Lettre n°12, Printemps 2002, INSERM.
- HENRARD J.C. [2002], *Les défis du vieillissement*, La Découverte-La Mutualité Française, Paris.
- HIRSCHMAN A.O. [1970], « Exit, Voice and loyalty: Further reflexions and a survey of recent contributions », *Soc. Sci. inform*, vol. 13, n°1, p. 7-12.
- HIRSCHMAN A.O. [1970], *Exit, Voice and loyalty*, Cambridge, Harvard University press.
- HIRSCHMAN A.O. [1982], *Shifting involvements. Private interest and public action*, Princeton, Princeton University press.
- HIRSCHMAN A.O. [1995], *Défection et prise de parole*, traduction française, Fayard.
- HOTELLING H. [1929], « Stability in Competition », *Economic Journal* n°39.

I

- IDIAP [2001], *La loi de janvier 1996 : le développement des services aux particuliers. Bilan de l'an 2000*, Rapport pour la Délégation à l'emploi et à la formation professionnelle, juillet.
- IRELAND N. [1995], « Information Asymmetries and Product-Quality Regulation », in BISHOP M., KLAY J., MAYER C. (dir.), *The Regulatory Challenge*, Londres, Oxford University Press, pp. 191-209.

J

- JEGER F. [2005], « L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003 », DREES, *Études et Résultats*, n°372.
- JENSEN M.C., MECKLING W.H.[1976], « Theory of firm, managerial behavior agency costs and ownership structure », *Journal of Financial Economics* (3), p. 305-360.
- JULLIEN C., RUFFIEUX B. [1999], « Pouvoir de marché et avantage concurrentiel : une analyse expérimentale des comportements d'innovation et de l'efficacité des marchés concurrentiels avec chocs endogènes sur la fonction d'offre », 16ème Journées de microéconomie appliquée, Lyon, 4 juin 1999.
- JURAN JM. [1951], *Quality control handbook*. Mc Gray Hill, New York.

K

- KAGAN Y. [1996], *Dictionnaire de pratiques gérontologiques*, Frisons-Roche, Paris.
- KALDOR N. [1950], « The Economic Aspects of Advertising », *Review of Economic Studies*, vol. 18, p. 1-27.

- KARPIK L. [1996], « Dispositifs de confiance et engagements crédibles », *Sociologie du travail*, vol. 38 n° 4, p. 527-550
- KAST R. [2002], *La Théorie de la décision*, La Découverte, coll. Repères, Paris.
- KERJOSSE R. [2004], « L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2003 », DREES, *Études et Résultats*, n° 298, mars 2004.
- KERJOSSE R. [2004], « L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2003 », *Études et Résultats* n° 298, DREES.
- KESER C. [2000], « La théorie des contrats dans le contexte expérimental », *Revue Économie Industrielle*, N° 92.
- KEYNES J.M., [1921], «A treatise on probability» In KEYNES J.M., [1973], *The collected Writting*, Vol.8, MacMilla, London.
- KEYNES J. M. [1936], *Théorie Générale de l'Emploi, de l'Intérêt et de la Monnaie*, Petite Bibliothèque Payot, Paris.
- KEYNES J.M., [1936], «The general theory of employment, interest and money», in KEYNES J.M.[1973], *The collected Writting*, Vol.7, MacMilla, London
- KEYNES J.M. [1937], « The General Theory: Fundamental concepts and ideas », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 51, p. 209-223.
- KEYNES J.M. [1937], *La théorie générale de l'emploi*, traduction française, *Revue Française d'Economie*, automne 1990, Vo l. 4.
- KEYNES J.M. [1938], « The Policy of Government Storage of Foodstuffs and Raw Materials », *Economic Journal*, n° 48.
- KIHLSTROM R., RIORDAN M. [1984], « Advertising as a Signal », *Journal of Political Economy*, vol. 92, n° 3, p. 427-451.
- KNIGHT F. [1921], *Risk, uncertainly and profit*, Riverside Press, Cambridge.
- KREPS D. [1979], « A representation theorem for preference for flexibility », *Econometrica*, Vol. 47, n°3.
- KREPS D. [1990], «Corporate culture and economic theory », in ALT J., SHEPSLE K. (dir.), *Perspectives on Positive Political Economy*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 90-143
- KREPS D., PORTEUS E.L., [1979], « Temporal von Neumann-Morgenstern and induced preferences», *Journal of Economic Theory*, Vol. 20.
- KREPS D., WILSON, R. [1982], « Reputation and imperfect formation», *Journal of Economic Theory*, vol. 27.

L

- LAUSSEL D., LE BRETON M. [1996], « Théorie de l'agence commune en information complète », *Revue Economique*, 1996, volume 47, N° 3.
- LAVILLE J.L [1992], *Les services de proximité en Europe*, Syros, Paris.

- LAVILLE J.L., NYSSSENS M. [2001], « Une analyse économique du rôle des associations », in Laville J.L., Nyssens M. *Les services sociaux entre associations, Etat et marché*, La Découverte, Paris.
- LAVILLE J-L, [2006], « Du tiers secteur à l'économie sociale et solidaire : débats théorique et réalité européenne », Colloque *Économie sociale et solidaire et l'Europe : quel avenir ?*, Réseau interuniversitaire d'économie sociale et solidaire, IEP Grenoble, les 1 et 2 juin, 9p
- LEFAUT J. [2001], « La loi de Pareto : entre équilibre social et équilibre économique », *Revue Economie et Société*, vol. 35, n°11-12.
- LELAND H. [1979], « Quacks, Lemons and Licensing : A Theory of Minimum Quality Standards », *Journal of Political Economy*, vol. 87, n° 6, p. 1328-1346.
- LEWIS D. [1969], *Convention: a philosophical study*, Harvard University Press, Cambridge.
- LINNEMER L., PERROT A. [2000], « Une analyse économique des signes de qualité. Labels et certification des produits », *Revue Economique*, vol. 51, n° 6.
- LIVET P., THÉVENOT L. [1994], « Les catégories de l'action collective », in ORLÉAN A. [ed.], *Analyse économique des conventions*, Puf, Paris.
- LOUBAT J.R. [2002], *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*, Dunod, Paris.
- LUPTON S. [2002], *Incertitude sur la qualité et économie des biens controversés. Le marché d'épandage des boues de stations d'épuration urbaines*, Thèse de doctorat, Ecole des hautes études sociales, Paris.

M

- MAEREL J-M. [2004], « Aide a domicile: la reforme du financement encore a mi-chemin », *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 2384 (3), PP.31-33.
- MASSON A. [1999], « Quelle solidarité intergénérationnelle ? », *Revue Française d'Economie*, XIV (1), p. 27-90
- MAY N. [2001], « Production des services et relation de services : les limites d'un cadre analytique », *Revue Economie et Société*, vol.35, n°5.
- MEIDINGER C., ROBIN S. ET RUFFIEUX B. [1998], « Jeux répétés, information incomplète et coordination », Quatrième Journées d'Economie Expérimentale, Ecole Normale Supérieure de Cachan, 28-29 mai 1998.
- MENARD C. [1990], *Economie des organisations*, la Découverte, paris.
- MENARD C. [2001], *Institutions, contracts and organisations*, Economica, paris.
- MESSAOUDI D., FARVAQUE N., YONNET J-P., [2006], *Création d'emplois de services relationnels en France : quelles innovations en matière de gouvernance et de gestion de main d'œuvre*. Orseu, Rapport pour la DG de recherche de la Commission Européenne.
- MESSAOUDI D. [2008] « La concurrence dans l'aide à domicile aux personnes âgées et le droit à la liberté de choix », in DOMIN J-P., (dir.), *Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux*, Tome 2, L'Harmattan, Paris.

- MESSAOUDI D. [2007], « Les Services d'aide à domicile. Entre régulations publiques et stratégies de développement autonomes », Recma, n°306, p.65-77.
- MESSAOUDI D. [2007], « Les tensions sur la qualité et les conventions dans l'aide à domicile aux personnes âgées », in BATIFOULIER P. et alii. (dir.), *Approche institutionnaliste des inégalités en économie sociale*, Tome 2, L'Harmattan, Paris.
- MILGROM P., ROBERTS J. [1997], *Economie, organisation et management*, Paris, Bruxelles, PUG, De Boeck Université.
- MISSEGUE N. [2002], « *Quelle segmentation des emplois dans les services ?* », Revue Economie et Société, 2002, volume 36, N°7.
- MIZUNO M., ODAGIRI H. [1990], « Does advertising mislead consumers to buy low-quality products? », *International Journal of Industrial Organization*, vol. 8, p. 545-558.
- MOUREAU N., RIVAUD-DANSET D. [2004], *L'incertitude dans les théories économiques*, éditions Repères, La Découverte.
- MOUREAU N., SAGOT-DUVAUROUX D. [2006], « La construction sociale d'un marché : Le cas du marché des tirages photographiques », in Eymard-Duvernay F. *L'économie des conventions, méthodes et résultats*, La Découverte. Paris.
- MUNIER B. [1995], « Entre rationalité instrumentale et cognitive: contributions de la dernière décennie à la modélisation du risque », Revue d'Economie Politique, Vol. 105, n°1. p. 5-70.
- MUNIER B. [1998], « La rationalité face au risque : de l'économie à la psychologie sociale » in ROLAND-LEVY C., ADAIR P. *Psychologie économique : théories et applications*, Economica, p. 299-315.
- Muth J. [1961], « Rational Expectations and the Theory of Price Movements », *Econometrica*, vol. 29.

N

- NELSON P. [1970], « Information and Consumer Behaviour », *Journal of Political Economy*,
- NELSON P. [1974], « Advertising as information », *Journal of Political Economy*, vol. 81, p. 729-754.
- NELSON P. [1975], « The economic consequences of advertising », *Journal of Business Economy*, vol. 48, p. 213-241.
- NEUMANN J. VON ET MORGENSTERN O. [1944], *Theory of games and economic behaviour*, Princeton University Press, Princeton. 2^e éd. 1947.
- NOGUES H. et alii. [1984], *Politique d'aide ménagère en Loire-Atlantique*, Centre d'études des besoins sociaux de la faculté de Nantes.
- NOLL R. [1989], « Economic perspectives on the politics of regulation », in SCHMALENSEE R., WILLIG R. (eds.), *Handbook of Industrial Organization*, Chap. 22, Amsterdam, North- Holland, Elsevier Science, p. 1253-1287.

O

- OCKENFELS P. [1998], « Etude expérimentale sur la signalisation de l'information privée », in Roland-LEVY C., ADAIR P. *Psychologie économique, Théories et Applications*, Economica.

- ORLÉAN A. [1987], « Anticipations et conventions en situation d'incertitude », *Cahiers d'Economie Politique*, n° 13.
- ORLEAN A. [1989], « Pour une approche cognitive des conventions économiques », *Revue Économique*, vol.40, n°2.
- ORLÉAN A. [1991], « Logique walrasienne et incertitude qualitative : des travaux d'Akerlof et Stiglitz aux conventions de qualité », *Economies et sociétés*, Série Oeconomia, PE n° 14, Janvier 1991, p. 137-160.
- ORLÉAN A. [1994], « Sur le rôle respectif de la confiance et de l'intérêt dans la constitution de l'ordre marchand », *Revue du MAUSS*, 2^e semestre, 1994, N°4
- ORLÉAN A. [1997], *Jeux évolutionnistes et normes sociales*, *Revue de l'Economie Appliquée*, 1997, volume 50, N° 4.
- ORLÉAN A. [1999], *Le pouvoir de la finance*, Odile Jacob, Paris
- ORLÉAN A. [2002], « Le rôle des croyances sociales en Économie », *Atelier Economie Cognitive*, 21 et 22 octobre 2002.
- ORLÉAN A. [2004], *Analyse économique des conventions*, PUF, Paris.

P

- PAPERMAN P., [2005], « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel », in PAPERMAN P. et SANDRA L. (dir), *Le souci des autres*, Editions de l'EHESS, Paris,
- PELTZMAN S. [1976], « Toward a more general theory of regulation », *Journal of Law and Economics*, vol. 19, n° 2, p. 211-240.
- PERBEN M. [2005], « L'Allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2006 », DREES, *Études et Résultats*, n° 503, juillet, Drees.
- POLANYI K. [1944], *La grande transformation. Aux origines politiques et économiques de notre temps*, trad. Fr. Paris, Gallimard, coll. NRF/bibliothèque des sciences humaines, 1983.
- POSNER R. [1974], « Theories of economic regulation », *Bell Journal of Economics and Management Science*, vol. 5, n° 2, p. 22-50.
- POSTEL N. [2003], *Les règles dans la pensée économique contemporaine*, CNRS éditions.
- POSTEL N. [1999], « Rationalité relative, jugement pratique et coordination chez Keynes : de l'inefficience des conventions à la nécessité de règles », *Cahiers Lillois d'Economie et de Sociologie*, n° 33, 1^{er} semestre.
- POSTLEWAITE A. [1998], « Asymmetric information », in EATWELLE J. MILGATE M., et NEWMAN P., *Allocation, Information and Markets in The New Palgrave*, New York, Macmillan Press.
- PRECEPTA. [2007], *Les stratégies dans les services à la personne*, Xerfi.

R

- RADNER R. [1968], «Competitive equilibrium under uncertainly, *Econometrica*, Vol. 36.

- RADNER R. [1982], «Equilibrium under uncertainly», In ARROW K.J., INTRILIGATOR M., (dir.), *Handbook of mathematical Economics*, North Holland, Amsterdam, Vol.2.
- RAIFFA H. [1973], *Analyse de la décision : introduction aux choix en avenir incertain*, Dunod, Paris.
- RAINELLI M. [2000], « comportements et formes de la concurrence », In Béraud A., Faccarello (dir.) *Nouvelle histoire de la pensée économique : des institutionnalistes à la période contemporaine*, Tom 3, La Découverte, Paris.
- RAMAUX C. [1996], « De l'économie des conventions à l'économie de la règle, de l'échange et de la production », *Revue Economie et Société*, 1996, volume 30, n°11-12.
- RAMSEY F. [1926], « Truth and probability », In *The Foundations of Mathematics and other Logical Essays*, Trench P., Trumber and Co., Londres.
- RAMSEY F. [1931], « Truth and probability », in Braithwaite R.B, *The Foundation of Mathematics and Other Logical Essays*, Routledge and Kegan, Londres.
- RIBAUT T. [2008], « l'aide à domicile face au marché: l'impossible professionnalisation », in JANY-CATRICE F., et al., [2008], *L'aide à domicile face aux services à la personne. Mutations, confusions, paradoxes*, Rapport pour la DIISES.
- RILEY J. [2001], « Silver Signals: Twenty-Five Years of Screening and Signaling », *Journal of Economic Literature*, vol. 39, n° 2, p. 432-478.
- RIVARD T. [2006], « Les services d'aide à domicile dans le contexte de l'Allocation personnalisée d'autonomie », *Études et Résultats*, n°460.
- ROBIN S., RUFFIEUX B. [1999], « Confiance et réciprocité : une analyse expérimentale », in THUDEROZ C., HARISSON D., MANGEMATIN V. (dir.), *Confiance et Entreprise*, coll. Pertinence et Impertinence , Gaëtan Morin éditeur.
- ROLAND-LEVY C., ADAIR P. [1998], *Psychologie économique, Théories et Applications*, Economica.
- RONNEN U. [1991], « Minimum quality standards, fixed costs and competition », *Rand Journal of Economics*, vol. 22, n° 4, p. 490-504.
- ROSS, S. [1973], «The economic theory of agency: the principal's problem », *American Economic Review*, 63, p. 134-139
- ROTHSCHILD M., STIGLITZ J. [1976], « Equilibrium in the competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information ». *Quarterly Journal of Economics*, vol. 90.

S

- SAINT-SERNIN B. [1973], *Les mathématiques de la décision*, Puf, Paris.
- SALAI R. [2004], « Incertitude et interactions de travail : des produits aux conventions », p.396-427, in ORLÉAN A. (dir.) [2004], *Analyse économique des conventions*, Puf, Paris.
- SALAI R., STORPER M. [1993], *Les mondes de production*, Paris, EHESS.
- SALAI R., THEVENOT L. [1986], *Le travail : marchés, règles et conventions*, CNRS, Paris.
- SALANIE B. [1994], *Théorie des contrats*, Economica, Paris.
- SALANIE B. [1998], *Microéconomie : les défaillances du marché*, Economica, Paris.

- SAUVIAT C. [1996], « Coût de main d'œuvre et qualité dans les marchés de services : la garde d'enfant et le nettoyage industriel », *Revue de l'IRES*, 1996, n°22.
- SAVAGE L. [1954], *The foundations of statistics*, Dover Publication, New-York, 1972.
- SCHIEB-BIENFAIT N., URBAIN C. [2004], « De l'association à l'entrepreneuriat social » *Revue internationale de l'économie sociale*, RECMA, n° 293.
- SCHMIDT C., [1996], « Risque et incertitude : une nouvelle interprétation », *Risques*, n°25.
- SHACKLE G.L. [1955], *Uncertainty in economics and other reflexions*, Cambridge University Press, Cambridge.
- SHACKLE G.L. [1969], *Decision, order and time in human affairs*, Cambridge University Presse, Cambridge.
- SHAPIRO C. [1983], « Premiums for high quality products as returns to reputations », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 98, p. 659-679.
- SPENCE M. [1973], « *Job market signaling* », *Quarterly Journal of Economics*, vol.90 n° 3, p. 355-374.
- SPENCE M. [1974], *Market signaling*, Harvard University Press, Cambridge.
- SPENCE M. [1977], « Consumer Misperception, Product Failure and Producer Liability », *Review of Economic Studies*, vol. 44, n° 138, p. 561-572.
- SPERBER D., WILSON D. [1986], *Relevance*, Oxford, Basil Blackwell.
- STIGLER G. [1961], « The economics of information », *Journal of Political Economy*, vol. 69, n°3, p. 213-225.
- STIGLITZ J. [1987], « The Causes and Consequences of the Dependence of Quality on Price », *Journal of Economic Literature*, vol. 25, p. 1-48.
- STIGLITZ J., [1989], « Imperfect information in the product market », in SCHMALENSEE et WILLIG (dir.), *The Handbook of Industrial Organization*, Elsevier Science Publishers, Inc, New-York.
- SUGDEN R. [1986], *The Economics of Rights, Co-operation and Welfare*, Oxford et New York, Basil Blackwell.
- SYDO, [2004], *Rapport d'activité 2003*, Lille.
- Sylvie M. [2003], *Guide opérationnel de la qualité. Faut-il tuer la qualité totale ?* Maxima, Paris.

T

- TELSER L. [1964], « Advertising and Competition », *Journal of Political Economy*, vol. 72, p. 537-562.
- TERTRE C. DU. [1999], « Les services de proximité aux personnes : vers une régulation conventionnée territorialisée », *l'Année de la régulation*, vol. 3, La Découverte, Paris.
- THÉVENOT L. [1986], *Les investissements de forme*, Les Cahiers du CEE, n° 29, p. 27-71, PUF.
- THÉVENOT L. [1989], « Equilibre et rationalité dans un univers complexe », *Revue Economique*, n°40.
- THÉVENOT L. [1989], « Equilibre et rationalité dans un univers complexe », *Revue Economique*, numéro spécial, *L'économie des conventions*, n°2, mars, pp.147-197.
- TIROLE J. [1988], *Théorie de l'organisation industrielle*, Economica.

- TIROLE J. [1993], *Théorie de l'organisation industrielle*, Coll. Economie et Statistiques Avancées, Economica, (première édition en anglais, 1988).
- TYSZKA, T., SOKOLOWSKA J. [1998], « Evaluation et prise de décision » in ROLAND-LEVY C et ADAIR P., (dir.), *Psychologie économique : théories et applications*, Economica.

U-V-W

- UGHETO P. [2003], « Services et construction sociale des marchés », Cahiers lillois d'économie et de sociologie, n°41- 42, 1^{er} et 2^e semestre 2003.
- UNASSAD [2005], *Rapport d'activité 2004*, Unssad, Paris.
- VEROLLET Y. [2007], *Le développement des services à la personne*, Rapport pour le Conseil Economique et Social.
- WALLISER B. [2000], *L'économie cognitive*, éditions Odile Jacob.
- WASSERMAN S., FAUST K. [1994], *Social network analysis. Method and applications*, Cambridge University Press, Cambridge.
- WATERPLAS L., SAMOY E. [2005], « L'allocation personnalisée : le cas de la Suède, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Belgique », REFAS, n°2, p. 61-101.
- WEBER A. [2004], « L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 septembre 2004 », DREES, Études et Résultats n° 336, décembre 2004.
- WILLIAMSON O.E. [1983], « Credible commitments: using hostages to support exchange », The American Economic Review, 73 (4), 519-540.
- WILLIAMSON O.E. [1990], « The firm as a nexus of treaties: an introduction », in AOKI M. et *alii.* (dir.), *The firm a nexus of treaties*, Sage publications, Londres.

Y-Z

- YOUNG PEYTON H. [1996], « The Economics of Convention », Journal of Economic Perspective, vol. 10, n° 2, 105-122.
- ZUCKER L. [1986], « Production of Trust: Institutional Sources of Economic Structure, 1840-1920 », Research in Organization Behaviour, vol.8, 53-111.

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACTP	Allocation compensatrice pour tierces personnes
ADMR	Aide à domicile en milieu rural
AGED	Allocation de garde d'enfant à domicile
AGGIR	Autonomie gérontologique - groupes Iso-ressources (grille d'évaluation)
AI	Associations intermédiaires
ANSP	Agence nationale des services à la personne
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
AVS	Auxiliaire de vie sociale
CAFAD	Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCN	Convention collective nationale
CEREQ	Centre d'études et de recherches sur les qualifications
CESU	Chèque emploi service universel
CLIC	Centre local de coordination gérontologique
CNAV	Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CROSM	Comité Régional d'organisation sociale et Médico-sociale
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DDAS	Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DEAVS	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EI	Entreprise d'insertion
FMAD	Fonds de modernisation de l'aide à domicile
GIR	Groupe Iso-Ressource
INSEE	Institut nationale de la statistique et des études économiques
IRCEM	Institut de retraite complémentaire des employés de maison
OASP	Organismes agréés de services aux personnes
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PLIE	Plan local pour l'insertion et l'emploi
PSD	Prestation spécifique de dépendance
TISF	Technicien de l'intervention sociale et familiale
UNA	Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (ex. UNASSAD)
UNEDIC	Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce

1. Le plan Borloo de développement des services à la personne

Le plan de développement des services à la personne a été lancé le 14 février 2006 par le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Jean-Louis Borloo. Ce plan ne pêche pas par son ambition : l'ensemble des dispositions contenues devrait permettre de créer *"au minimum 500 000 emplois supplémentaires en trois ans"* et entre un et deux millions d'emplois supplémentaires en France d'ici à 2010, selon les déclarations du ministre. Dans un entretien aux *Echos*, ce dernier a déclaré que *"Le développement du secteur va permettre d'augmenter la reprise d'emploi et contribuer à rétablir les comptes des caisses d'assurance-chômage, d'assurance-maladie et de retraite"*, prédisant déjà que *"le succès sera tel que nous n'échapperons pas à une crise du recrutement"*.

Ce plan a pour objectifs principaux de *"rendre l'accès aux services plus simple et moins coûteux"*, de *"promouvoir l'offre et améliorer les conditions d'exercice des métiers de service à la personne"*, reprenant ainsi les idées principales de précédents rapports sur le sujet. L'objectif est de répondre aux défis conjugués de l'allongement de l'espérance de vie, de la féminisation du travail et de l'évolution des modes de vie ; il s'agit également de réduire sensiblement le travail au noir, très fréquent dans ce secteur d'activités.

La principale innovation du plan Borloo est le chèque emploi service universel (CESU). Ce dernier doit permettre aux particuliers de payer des services effectués à domicile, en simplifiant leurs démarches et en leur procurant des avantages fiscaux. Le CESU peut être utilisé auprès d'organismes agréés prestataires de services à la personne, d'un salarié employé à domicile ou même encore pour la garde d'enfants hors du domicile, quand elle est assurée par une assistante maternelle agréée, des établissements (crèches, jardins d'enfants...) ou des garderies périscolaires.

Le CESU se veut facile à utiliser, sur le modèle des « chèques restaurant ». Il se veut également incitatif sur le plan fiscal : les particuliers bénéficient d'une réduction d'impôt sur le revenu de 50 % des sommes engagées au titre des services à la personne, et il donne le droit à un taux réduit de TVA à 5,5 % pour les prestations de services. Il prend deux formes : le CESU bancaire (qui remplace le chèque emploi-service) qui peut être acheté directement par le particulier employeur auprès d'un établissement bancaire ayant passé une convention avec l'Etat, et le CESU *"préfinancé"*, que les entreprises pourront remettre à leurs salariés dans le cadre de leur politique sociale. Quel intérêt un employeur peut-il avoir à offrir ce type de services à ses salariés, se demandait le journal *Le Monde* dans son édition du 8 février 2006 ? *"Les employeurs savent que le stress créé par la résolution des problèmes familiaux est un facteur d'absentéisme majeur"*, dit Bruno Arbouet, directeur général de l'Agence nationale des services à la personne. « Financer un service, *poursuit l'article*, et surtout le trouver facilement peut contribuer à améliorer la productivité. Le second volet du plan a mobilisé une série de mesures pour inciter de grands opérateurs à industrialiser une offre de services sur l'ensemble du territoire. Les grands réseaux associatifs — Aide à domicile en

milieu rural, l'Union nationale des associations de soins et de services à domicile (Unassad, actuellement UNA), Familles rurales, etc.- qui longtemps se sont méfiés du secteur privé n'ont plus hésité à s'allier avec eux: quatre grandes enseignes concurrentes mêlant Familles rurales et Groupama d'un côté, l'ADMR-Crédit mutuel et la compagnie d'assurances AG2R de l'autre ou l'Unassad et la Mutualité sociale vont prochainement se faire connaître du grand public. Accor, les Caisses d'épargne ou le Crédit agricole et d'autres émetteurs de chèques emploi-service lorgnent aussi sur ce domaine. Quant aux salariés, la pénurie continuera s'ils ne trouvent pas un salaire au moins égal au smic et des formations qui revalorisent l'image des métiers liés au service domestique. »¹⁸³

Le ministre a justifié son plan en recourant à des comparaisons avec d'autres pays : « *Alors que ces prestations [de type chèque emploi service ou CESU] profitent à 30 % des salariés américains et à 50 % des Canadiens, ils ne concernent que 3 % des Français* », a-t-il rappelé. Le quotidien économique *Les Echos* replace les objectifs quantitatifs du plan au regard des objectifs d'amélioration du taux d'emploi fixé dans la Stratégie de Lisbonne : « Jean-Louis Borloo estime possible de faire passer le taux d'emploi de 60 % à 70 %, ce qui placerait la France dans la moyenne des pays occidentaux. « *Le retour vers le chemin du plein-emploi n'est plus un rêve* », a-t-il lâché devant les responsables de la Fourmi Verte. Alors que l'emploi salarié continue de stagner (+ 8.500 emplois au troisième trimestre 2005), le pari peut sembler audacieux. Il l'est d'autant plus que Jean-Louis Borloo n'est pas le premier à ambitionner de réformer le secteur. Depuis dix ans, les services à la personne ont suscité l'intérêt de nombreux gouvernements. En promettant la création de 1 à 2 millions d'emplois d'ici à 2010, il prend toutefois des risques raisonnables : au rythme actuel, la croissance du secteur permettrait déjà la création de 250.000 postes sur la même période. Et le début d'engouement des entreprises (...) conforte l'accélération attendue. »¹⁸⁴.

¹⁸³ Yves Mamou, « Le plan Borloo, qui prévoit de créer 500 000 emplois dans les services domestiques, sera lancé le 14 février », *Le Monde*, 8 février 2006.

¹⁸⁴ « Le plan en faveur des services à la personne prend son essor », *Les Echos*, 14 février 2006.

2. Les enseignes des services à la personne

Enseigne	Partenaires
France Domicile	Mutualité française, UNA, Union nationale des Centres communaux d'Action sociale
Personia	ADMR, Crédit Mutuel, AG2R
Fourmi Verte	Familles Rurales, Groupama, Mutualité Sociale Agricole
La Maison du Particulier Employeur	FEPEM, IRCEM Prévoyance, IFEF (Institut FEPEM de la Formation)
A +	Acadomia, ADHAP Services, Domaliance, Maisoning, O2, To do today Particuliers, Viadom
A Domicile Services	A Domicile Fédération nationale, Société d'Encouragement pour l'Industrie Nationale, Domplus
Ecureuil Sérénité Services	Groupe Caisse d'Epargne, Séréna
MACIF Services à la personne	MACIF, Séréna
MAIF Service OVP (Organisation vie pratique)	MAIF, Séréna
MGEN Services MGEN à la personne	MGEN, Séréna
Bien-Etre Assistance	Accor Services, Europ Assistance
La Poste Services à la Personne – Genius	
Domiserve +	AXA Assistance, DEXIA Crédit Local
CNP Services à la personne	
Groupe Assisteo	Nurse Alliance, Prof Assistance, Kids Assistance, Clic PC
Crédit Agricole Mission Services	
LCL Groom Services	

Source : Agence nationale des services à la personne

3. Questionnaire adressé aux personnes âgées

1. Votre âge _____ 2. Vous êtes : Homme ☐ Femme ☐ 3. Votre code postal : _____
4. Le nom de votre quartier : _____
5. Vous vivez : Avec votre conjoint ☐ Son âge _____ Avec votre famille ☐ Seul(e) ☐
6. Êtes-vous aidé(e) par un proche parent ? Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐
7. Êtes-vous en contact avec vos voisins ? Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐
8. Vous considérez-vous comme étant une personne isolée ? OUI ☐ NON ☐
9. ADAR est-elle votre premier prestataire d'aide à domicile ? OUI ☐ NON ☐
10. Si la réponse est NON, combien de structures vous ont aidé avant ADAR ? _____
11. Depuis quelle année êtes-vous aidé(e) par ADAR ? _____
12. Combien d'heures par semaine êtes-vous aidé(e) ? _____ heures/semaine
13. Votre aide est financée par : APA ☐ Réduction d'impôt ☐ Caisses de retraite ☐
Autre ☐ Aucune aide financière ☐
-
14. **La première fois quand vous avez demandé une aide professionnelle, c'était :**
Il y a moins d'un an ☐ 1 à 2 ans ☐ 2 à 6 ans ☐ 6 à 10 ans ☐ 10 ans et plus ☐
15. À ce moment-là, vous étiez : Autonome ☐ Faiblement dépendant(e) ☐
Moyennement dépendant(e) ☐ Lourdement dépendant(e) ☐
16. Quelle était votre appréciation personnelle sur l'évolution de votre dépendance à ce moment-là ?
Dégradation ☐ Stagnation ☐ Amélioration ☐ Ne savait pas ☐
17. Cette évolution était-elle déterminante au choix de votre prestataire ? OUI ☐ Faiblement ☐ NON ☐
18. Avez-vous depuis changé de prestataire : Une fois ☐ Plusieurs fois ☐ NON ☐
19. Avez-vous vécu un « événement » qui a augmenté votre dépendance ? OUI ☐ NON ☐
20. Avez-vous anticipé cet événement ? OUI ☐ NON ☐
-
21. **Actuellement, vous vous considérez comme étant :** Autonome ☐ Faiblement dépendant(e) ☐
Moyennement dépendant(e) ☐ Lourdement dépendant(e) ☐
22. Comment évolue votre dépendance : Lentement ☐ Normalement ☐ Rapidement ☐
23. Comment voyez-vous cette évolution dans 1 ou 2 an(s) ? Dégradation ☐ Stagnation ☐
Amélioration ☐ Ne sais pas ☐
24. Face à cette évolution, comment pensez-vous réagir ?
Contacter un prestataire plus qualifié ☐ Partir en maison de retrait ☐
Rester à ADAR ☐ Ne sais pas encore ☐
25. Étant donné votre dépendance, la qualité de l'aide doit être : Élevée ☐ Moyenne ☐ Faible ☐
26. Êtes-vous disposé(e) à payer le prix pour cette qualité ? OUI ☐ Modérément ☐ NON ☐
27. Quelle est votre appréciation de la qualité des services de l'association ADAR ?
Très satisfait(e) ☐ Moyennement satisfait(e) ☐ Faiblement satisfait(e) ☐ Pas satisfait(e) ☐

28. Comment trouvez-vous la qualité des services de ADAR par ***rapport aux autres associations*** ?
 Supérieure ☐ Identique ☐ Inférieure ☐ Ne sait pas ☐
29. Pensez-vous que ADAR est capable d'adapter son aide à l'évolution de vos besoins ?
 NON, pas du tout ☐ OUI en partie ☐ OUI parfaitement ☐ Ne sait pas ☐
30. Recevez-vous des soins à domicile (d'aide soignante) d'ADAR ? Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais ☐
31. Envisagez-vous quitter ADAR d'ici quelques mois ? OUI ☐ Peut-être ☐ NON ☐ Pas d'avis ☐
32. Comment avez-vous connu ADAR ?
 Par le bouche à oreille ☐ Par votre médecin ☐ Par votre caisse de retraite ☐ Par la mairie ☐
 Par la famille, un ami, un voisin... ☐ Par la publicité ☐ Par un des clients d'Adar ☐ Autre ☐
33. Vous avez choisi ADAR parce que :
☐ C'est la seule association que vous connaissez ☐ Elle est la meilleure selon l'entourage
☐ Vous faite confiance à la personne qui l'a choisie ☐ Vous connaissez la salariée
☐ C'est la plus connue ☐ Autres raisons
34. Avant de contacter ADAR, avez-vous fait une recherche sur la qualité des autres associations ?
 OUI ☐ NON ☐
35. Si OUI, vous avez trouvé :
 Peu de différences entre les prestataires ☐ Les qualités sont différentes ☐
 Peu d'informations ☐
36. Si NON, pourquoi n'avez-vous pas effectué cette recherche ?
 Vous faites confiance à la personne qui vous a proposé ADAR ☐
 Ce n'est pas nécessaire car tous les prestataires sont pareils ☐
 Ce n'est pas utile car ce qui vous importe c'est que le travail soit fait ☐
 Vous n'avez pas de temps ou de moyens pour le faire ☐
 Pour d'autres raisons ☐
37. Trouver des informations sur la qualité est : Impossible ☐ Très difficile ☐ Facile ☐
38. Parmi les qualités suivantes, quelles sont celles que la personne qui vous aide doit avoir en priorité ?
 (4 réponses au maximum)
 Professionnalisme ☐ Ponctualité ☐ Propreté/présentation ☐ Convivialité/amabilité ☐
 Écoute et patience ☐ Sens de l'organisation ☐ Respect/ discrétion ☐ Confiance/honnêteté ☐
39. Selon vous, quels sont les critères de bonne qualité qu'un prestataire (ADAR par exemple) doit avoir en priorité ?
 (3 réponses au maximum)
 Professionnalisme ☐ Meilleur accueil et information ☐ Bonne coordination des services ☐
 Adaptabilité de l'aide ☐ Suivi et contrôle de la qualité ☐ Diversité des services ☐
40. Avez-vous recommandé l'association ADAR à d'autres personnes (ami, parent, voisin, proche...) ?
 À une personne ☐ À plus d'une personne ☐ NON à aucune personne ☐
41. Connaissez-vous dans votre entourage d'autres personnes aidées par ADAR ?
 Une personne ☐ Plus d'une personne ☐ NON aucune personne ☐
42. Connaissez-vous d'autres personnes aidées par un autre prestataire que ADAR ?
 Une personne ☐ Plus d'une personne ☐ NON aucune personne ☐
43. Décrivez en quelques mots la qualité de l'association ADAR :
-
-

Merci pour votre participation

4. Description des études de cas

Les études de cas ont été menées dans deux régions : Nord pas de Calais et Rhône-Alpes. Deux types de structures ont été étudiées : les organisations fournisseurs de services d'aide à domicile et les organisations structurants l'offre.

4.1. Les organisations prestataires de services

a) Dans le Nord-Pas de Calais

AMFD est une association créée en 1930 affiliée à la fédération FNAID (Fédération nationale d'aide et d'intervention à domicile). Elle fournit une variété de services d'aide à domicile destinés essentiellement à la famille (enfants et parents). A l'origine, l'association s'occupe de l'aide aux mères isolées. Avec le développement des prestations familiales financées par la CAF et la caisse d'assurance, elle a élargi ses actions vers la garde d'enfants, l'accompagnement de la grossesse, l'aide aux enfants et aux parents en difficultés psychosociales, etc. En marge de ces services, avec l'arrivée de l'APA, elle développe depuis 2004 des services d'aide à domicile aux personnes âgées.

L'activité de l'association est encadrée par deux conventions tripartites : une convention avec la CAF pour ce qui est des prestations familiales et une convention avec le Conseil général pour ce qui est des prestations aux personnes âgées. Ces conventions organisent une sectorisation géographique de l'activité entre AMFD et une autre association exerçant la même activité. Compte tenu de son activité principale (prestations familiales) très réglementée, notamment la garde d'enfants à domicile, l'association est amenée à recruter un personnel de qualité. Sur les 49 salariés qu'elle emploie, 25 d'entre eux, soit 53%, ont un diplôme de bon niveau de qualification (TISF, niveau IV) et 22 employés sont de niveau inférieur (niveau V et VI). Enfin, l'association fonctionne avec le mode prestataire et mandataire¹⁸⁵. 47 salariés travaillent sous le mode prestataire et 34 salariés sous le mode mandataire.

ADAR Roubaix est une association créée en 1972 adhérente à la fédération ADESSA (fédération nationale d'associations d'aide à domicile). Elle fournit exclusivement des services d'aide à domicile aux personnes âgées et aux personnes actives en mode prestataire et mandataire. Son offre est assez variée : aide à domicile, accueil de jour des personnes âgées dans un établissement spécialisé, accompagnement à l'entrée et à la sortie de l'hôpital, l'hébergement social sous forme de béguinage¹⁸⁶, soins à domicile et autres services périphériques. L'association a construit un réseau institutionnel très dense couvrant aussi bien les financeurs de l'activité, les organismes de formation de l'aide à domicile, les instances d'information et d'orientation (Clic et autres instance de gérontologie), le comité de bassin d'emploi, la direction départementale du travail, l'ANPE, la Drass, les mairies, etc. Ce réseau lui a permis de renforcer sa réputation et de se positionner comme un partenaire de développement local

¹⁸⁵ Les services prestataires sont fournis par les salariés de l'association et les services mandataires sont fournis par les salariés employés par les particuliers. Pour ce dernier type de services, l'association assure la gestion du contrat de travail. Il s'agit d'une innovation importante dans le cas français, que nous détaillons plus loin.

¹⁸⁶ Le béguinage est une forme d'hébergement collectif où chaque personne habite dans son appartement mais où les résidents peuvent se côtoyer lors des activités de loisirs mises en place par les employés de FRCS 2 (cuisine, animation, jeux...)

incontournable. Son effectif est de 476 salariés en prestataire et elle gère 468 employés de particuliers en mandataire. La grande majorité des emplois de l'association, soit environ trois quarts, sont des emplois faiblement qualifiés.

ASSAD est une association créée en 1979 localisée dans un milieu rural. Elle bénéficie d'une situation de monopole dans un canton de 6400 habitants. L'association est adhérente de la fédération UNASSAD (union nationale des associations de soins et d'aide à domicile). Son activité est exclusivement de l'aide à domicile en mode prestataire et mandataire. Ses salariés travaillent presque tous sous les deux modes de fourniture de services (mixte). Elle fournit trois types de prestations : aide matérielle (ménage et entretien du domicile), aide physique (aide à la personne, veille et accompagnement en dehors du domicile) et aide relationnelle consistant à soutenir moralement les personnes isolées par le dialogue, l'écoute, renforcement des liens avec les parents et l'entourage. Contrairement aux autres prestataires et aux autres milieux, ASSAD n'a pas de difficultés de recrutement car elle travaille en partenariat étroit avec les organismes de formation lui permettant d'utiliser des stagiaires en formation de BEP sanitaire et social. L'association emploie 49 salariés en prestataire, tous en CDI et à temps partiel. 40 salariés complètent leur temps de travail par des heures effectuées en mandataire. La grande majorité des emplois sont de faible qualification : 80% de l'effectif a un niveau VI ou sans aucune qualification.

CCAS.VA est un établissement public sous la tutelle financière de la mairie. Le CCAS est chargé de conduire la politique sociale communale. Son activité est organisée selon deux directions : i) l'action sociale communale qui s'adresse à toute la population nécessitant une aide ou une assistance sociale (financement des activités de loisir, gestion des crèches familiales et des centres sociaux...etc.) ; ii) un ensemble d'actions en faveur des personnes âgées. Son offre est constituée de trois types de services dont l'aide à domicile, les soins à domicile et l'accueil des personnes âgées au sein des unités de vie spécialisées. Les services d'aide à domicile sont très variés : aide à la personne et ménagère, restauration à domicile, accompagnement en dehors du domicile, services de téléalarme et activité d'animation culturelles et de loisir à domicile et en dehors du domicile. Les soins sont gratuits, ils sont fournis par 10 aides soignantes pour une capacité de 60 personnes. Le CCAS dispose de deux résidences spécialisées pour l'accueil des personnes âgées et leurs conjoints. Leur capacité d'accueil est de 177 places dont 32 médicalisées ou semi médicalisées, 12 pour les personnes atteintes de démence et 5 places d'accueil de jour.

Le CCAS emploie 159 salariés dont 130 dans les services aux personnes âgées et 17 dans l'action sociale. L'aide à domicile fonctionne avec 88 salariés, les soins à domicile avec 11 et les structures d'accueil avec 31 salariés. En outre, le CCAS gère 64 employés familiaux en mandataire. Environ 45 % du personnel de l'aide à domicile sont de niveau V et 55 % de niveau inférieur.

CEDRE est une structure regroupant une association d'aide à domicile et une Entreprise d'Insertion (EI). L'association a été créée en 1994 et l'EI en 2001. L'association fournit des services d'aide à domicile aux personnes âgées et d'aide ménagère aux particuliers. L'activité de l'entreprise d'insertion consiste à insérer les personnes au chômage faiblement qualifiées dans des emplois d'aide à domicile. Les services offerts par l'EI sont exclusivement l'aide ménagère et d'entretien du domicile. Les emplois sont faiblement qualifiés dans la mesure où l'EI dispose

uniquement de l'agrément « simple »¹⁸⁷. En revanche, l'association disposant de l'agrément « qualité », fournit les deux types de services d'aide à domicile. Parmi ces services figurent la garde d'enfants à domicile et l'aide aux personnes âgées de plus de 70 ans. L'effectif est de 90 salariés dont 53 employés par l'association et 30 par l'EI. Le niveau de qualification des emplois est assez faible compte tenu de l'activité d'insertion. La totalité des employés en insertion sont des personnes faiblement qualifiées ou sans qualification. Leur insertion est accompagnée par des formations professionnelles en partenariat avec le PLIE (plan local pour l'insertion et l'emploi) et par une formation interne (tutorat). Le taux de subventionnement de CEDRTE est très important, 37% pour l'EI et 17% pour l'association, soit 26% du budget total de la structure.

Age d'Or est une très petite entreprise localisée dans un milieu rural. Elle emploie cinq salariés dont le gérant. Elle fait partie d'un réseau de franchise national (Age d'Or services). Sa particularité est le fait qu'elle fonctionne sans agrément qualité. Ses clients sont en général des personnes âgées financièrement aisées dont le niveau de dépendance n'est pas assez élevé. Elle propose une gamme de services très variés dont l'aide du jour, la garde de nuit et les activités d'entretien, de bricolage et de jardinage. Sa stratégie consiste à vendre le plus grand nombre de services et la maîtrise de ses coûts. Elle met en place une stratégie de « marketing social » consistant à révéler les besoins de la personne âgée en proposant une offre adaptée : *« Je demande aux salariés d'être attentifs aux besoins des personnes âgées. Ils doivent suggérer une prestation, par exemple une réparation à faire, l'entretien du jardin, etc. dès qu'ils constatent le besoin »* (Le gérant). La rationalisation des prestations d'autre part consiste à réduire le coût du service notamment le coût de déplacement : *« Une femme d'un certain âge nous a contacté pour l'accompagner deux fois par semaines à faire ses courses dans un super marché situé loin de son domicile. Pour réduire le coût de la prestation, nous lui avons proposé une superette tout près de chez elle »* (Le gérant). Par ailleurs, les tarifs pratiqués sont supérieurs au tarif moyen.

ADAR 2 est une association d'aide et de soins à domicile créée dans les années 70. Elle intervient en métropole lilloise. ADAR 2 fusionne en 2004 avec une association fournissant des services complémentaires aux services classiques d'aide à domicile. L'enjeu de cette fusion est d'abord économique. L'objectif poursuivi est la réduction des frais de structure et l'élargissement de la gamme de services. La mise en commun des moyens humains des deux associations et de leur réseau permet à la nouvelle structure issue de la fusion de fournir un bouquet de services très varié : l'aide à domicile, les soins à domicile, l'aide en dehors du domicile, de l'accueil du jour des personnes atteintes de maladies dégénératives, et un ensemble de services complémentaires tel que les petites réparations, les travaux de jardinage, les visites de nuit, les services de loisir, etc. ADAR 2 emploie environ 500 salariés dont environ un quart est qualifié.

b) Dans la région Rhône-Alpes

ADIAF est une association créée en 1972 fournissant des services à domicile aux familles, membre de la fédération ADESSA. Son activité s'étend sur un espace urbain de 115 communes environ. Ses services se composent

¹⁸⁷ L'agrément simple est accordé pour les structures dont l'activité ne concerne pas les personnes fragiles (personnes âgées de plus de 70 ans et enfants âgés de moins de 3 ans). Pour intervenir auprès de ces publics, la réglementation oblige l'obtention d'un agrément « qualité » (Cf. le point sur la régulation de l'activité, Partie I).

essentiellement de l'aide sous diverses formes aux familles confrontées à des difficultés temporaires ou durables, difficultés causées par la maternité, la maladie, la naissance, le handicap, la fin de vie. Elle intervient également dans le cadre de la prévention familiale et éducative en aidant les parents et/ou leurs enfants à développer le lien familial et à l'intégration sociale. En plus des services à la famille, FRCS 8 intervient également auprès des personnes âgées. L'association fournit des services d'aide à domicile en mode prestataire et en mode mandataire. L'activité de l'association est fortement subventionnée par des fonds publics. Ses prestations sont à 85% financées par un tiers payeur (CAF, CNAM ou le Conseil général). Compte tenu de la nature du public pris en charge, qui nécessite des qualifications reconnues, l'association fonctionne avec un personnel majoritairement qualifié. Sur les 209 employés plus de 65 % sont des emplois qualifiés de catégorie IV.

AIMV est un organisme associatif d'aide aux personnes âgées intervenant en mode prestataire et mandataire. L'association est membre du réseau UNASSAD (Union nationale des associations de soins et services domicile). Son offre regroupe plusieurs types de services dont les services d'aide à domicile et de soins infirmiers et de soins de réadaptation physique. Les services de soins qu'elle offre sont délivrés au sein d'un centre de soins infirmiers et de deux centres de convalescence. Les services de maintien à domicile sont en grande partie (73%) délivrés par les employés de l'association en mode prestataire et une petite partie (27%) par des employés familiaux (services mandataires). Au total, la structure emploie 1 030 employés en équivalent temps plein dont 718 en prestataire et 255 en mandataire. Environ 20% de l'effectif intervenant à domicile est qualifié de niveau V, le reste de l'effectif possédant une qualification inférieure.

MSD est une association intermédiaire créée en 1998. Son objet est de mettre à disposition des particuliers ou des organismes à but non lucratif (association ou collectivités locales) des personnes pour la fourniture de services de proximité dont l'aide à domicile. Son activité consiste à créer des emplois temporaires pour les personnes en difficulté d'insertion mais leur permettant de bénéficier d'un accompagnement social et de formation. Le champ d'insertion de MSD relève des services à la personne et particulièrement des services d'aide à domicile dans le cadre des emplois familiaux (« gré à gré » et mandataire). La finalité donc de cette association est de permettre aux personnes en difficultés d'insertion à retrouver un emploi et de renforcer leur capacité d'insertion à travers la formation et le travail. L'association emploie 16 salariés répartis en trois activités : l'accompagnement dans l'insertion, la mise à l'emploi des personnes employables dans l'immédiat et l'insertion à travers les emplois aidés des personnes très éloignées du marché du travail notamment les chômeurs de longue durée ou des jeunes sans qualifications. L'association est encadrée par une convention avec la Préfecture et des conventions de coopération avec l'ANPE.

ADAPH Voiron créé en 1972, est un organisme public d'aide à domicile pour les personnes âgées et handicapées, membre de la fédération UNASSAD. ADAPH Voiron est une des structures hébergée par la Communauté de Communes (CC, organisme public intervenant dans le champ économique et social et d'aménagement du territoire et sur un espace regroupant plusieurs communes). L'activité de l'établissement consiste à fournir les services d'aide à domicile en mandataire et en prestataire. Ses services sont offerts de manière coordonnée avec six autres structures d'aide aux personnes. La coordination est effectuée par la CC qui porte sur le territoire d'intervention de chacune des structures ou sur la nature des services à fournir par chacune d'elles. ADAPH Voiron emploie 220 aides à domicile dont environ 58% sont des agents titulaires de la fonction publique. Le reste de l'effectif est en instance de

titularisation à travers les formations internes. L'activité de l'établissement est encadrée par des conventions avec les financeurs institutionnels (Conseil Général, CAF et la CRAM) et les prix de ses services sont directement subventionnés par la CC.

ADAPH Vienne est une association créée en 1961 et membre du réseau UNASSAD. Elle fournit des services prestataire de l'aide à domicile aux personnes âgées, des services mandataires de garde d'enfants et des services d'auxiliaires de vie pour les personnes handicapées. Les trois activités sont indirectement financées par le Conseil général, la CAF, la CRAM et les mutuelles. L'aide aux personnes âgées est financée par le Conseil général à travers l'APA, la CRAM et les mutuelles ; la garde d'enfants par la CAF et les personnes handicapées par le Conseil général à travers l'ACTP (allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne). Ces financements sont encadrés par des conventions avec les institutions susmentionnées. L'association emploie au total 230 intervenants sur 37 communes. Environ 20% de l'effectif intervenant à domicile est qualifié niveau 5 correspondant au diplôme DEAVS.

OR services est une entreprise à but lucratif (SARL) franchisée, créée en 2004. Elle est membre d'un réseau national d'entreprises lucratives d'aide à domicile, réseau qui a connu un important développement sur les deux dernières années. L'entreprise offre des services d'aide à domicile aux personnes dépendantes et hors domicile comme le portage des repas, le jardinage et le bricolage, l'accompagnement à faire les courses, aux visites ou en voyage, etc. Elle fournit également des services de téléassistance (branchement sur une plate-forme de téléassistance). L'entreprise est une petite structure de 3 salariés (y compris le gérant). La taille est une des particularités du réseau dont la majorité des annexes locales sont de très petite taille. Les tarifs de l'entreprise sont supérieurs aux prix moyens du marché (presque le double) qui s'explique par la qualité et la diversité des services. En effet, l'entreprise est détentrice d'un label de qualité « Qualicert » et de la norme AFNOR.

G. Service est une entreprise privée à but lucratif (SARL) fournissant des services à la personne. Elle a été créée en 2003 et appartient à un petit réseau national de 5 structures dont la première implantation date de 1999. Le champ d'intervention de l'entreprise est très large dans la mesure où il intègre l'aide au maintien à domicile des personnes âgées et tous les services de nature à assurer le bien être des personnes dépendantes ou pas. On y trouve des services de gardiennage, de jardinage, aide technique d'entretien et de réparation, la garde d'enfants et l'enseignement à domicile. La diversité des services offerts par FRCS 15 semble être imposée par la concurrence monopolistique du secteur associatif obligeant le secteur privé lucratif à intervenir sur des marchés où les associations sont quasiment absentes. L'entreprise emploie 16 salariés, tous en CDI à temps partiel et majoritairement féminin.

4.2. Les organisations structurantes de l'offre

SYDO, créé en 1996 par six fédérations régionales de l'aide à domicile, est un réseau de 90 associations d'aide à domicile employant au total 4480 salariés. À l'origine, SYDO devait être une structure gestionnaire d'une plate-forme de services dont l'objectif était de rapprocher l'offre et la demande. Ce projet n'a pas pu être concrétisé suite à un désaccord entre les partenaires sur le financement. Par ailleurs, de ce projet est née l'idée de créer un réseau de prestataires, SYDO en l'occurrence, dans l'objectif est de structurer et de professionnaliser l'offre locale. Parmi ses missions, la mise en réseau des associations, l'expertise et l'ingénierie sociale, l'amélioration de la qualité,

l'information économique et la structuration du marché de l'emploi au niveau local. Face aux problèmes de recrutement auxquels sont confrontées la majorité des associations, SYDO a organisé plusieurs forums d'emploi et met à disposition des membres du réseau des données économiques et sociales dans le cadre de l'activité de son observatoire statistique. Il est également un espace de rencontre et de diffusion des bonnes pratiques sur l'organisation du travail et les ressources humaines. Il capitalise, formalise et diffuse les expériences auprès des membres du réseau. Ses actions sont menées en général dans le cadre d'un partenariat avec les services publics de l'emploi (ANPE, DDTEFP, PLIE, Missions locales), les organismes de formation professionnelle, les instances de coordination de l'aide à domicile comme les CLIC et les institutions politiques locales (collectivités locales, comité de bassins d'emploi, communautés de communes, etc.).

Le PLIE de Lille (le plan local pour l'insertion et pour l'emploi) est une structure d'aide à l'insertion des personnes éloignées du marché du travail souvent des personnes faiblement qualifiées. Il a été créé en 1990 et porté par une association dont la mission est l'insertion des jeunes par l'emploi. Les activités du PLIE sont financées en majorité par le FSE, la Ville et le Conseil général. Il accueille les personnes au chômage âgées de plus de 26 ans et les accompagne dans leur parcours d'insertion par des actions de formation, d'orientation et de placement. Il fonctionne selon une logique de partenariat avec les organisations économiques et les organismes publics et administratifs. Il recense les besoins des entreprises en matière d'emploi et propose des personnes en fonction des profils. Le secteur des services d'aide à la personne, en particulier l'aide à domicile, est celui qui a bénéficié du plus grand nombre de personnes insérées par le PLIE.

La plate-forme de service de Lille gérée par le PLIE de Lille

Suite à un diagnostic réalisé sur les besoins en matière de services d'aide à la personne, le PLIE a été chargé de créer une plateforme de service en 1997. Ce diagnostic a montré un volume de demande potentiel exprimé par 46000 ménages et 900 entreprises prestataires. Sur la base d'une hypothèse de 5 heures de service consommé par un ménage et par semaine, ce potentiel de demande représenterait 6800 emplois équivalents temps plein. Mais l'éparpillement de l'offre réduit considérablement la transformation de ce potentiel en emploi. De ce constat, la Caisse de dépôt et de consignation et les deux villes de Lille et de Roubaix ont demandé au PLIE on crée la Plate forme Lille Métropole Service en 1997. L'objectif est de mettre en lien les usagers et les prestataires via un numéro *indigo*. La LMS s'occupait également de la promotion des dispositifs de solvabilisation de la demande notamment l'ancien Titre Emploi Service (70 000 titres mis en circulation). Cette plateforme réunissait 60 prestataires de services à la personne. Parmi eux, on trouve aussi bien des structures d'aide à domicile que des artisans (plombiers, menuisiers, réparateurs, coiffeurs...). Sa gestion est assurée par 6 emplois ETP et a généré 65 emplois directs. Le fonctionnement de la plateforme était assuré essentiellement par le financement public et faute de pérennité de ce financement, son activité a été arrêtée en 2002.

Le CLIC d'Artois (Pas de Calais) est créé en 2002. Il est porté par l'association AGESA (Association GÉrontologie Sud Artois). Il fonctionne avec le label 1 et couvre 5 cantons. Le Clic a pu mettre en réseau 14 organisations d'aide aux personnes âgées : 5 associations d'aide à domicile, 5 structures d'hébergement, 2 transporteurs spécialisés pour personne dépendantes, une association de portage de repas et une entreprise immobilière dont une partie d'activité est liée à l'aménagement de l'habitat pour personnes dépendantes. Ce réseau de professionnels est complété par des acteurs locaux tels que les groupements de représentants des usagers,

l'association des personnes atteintes d'Alzheimer, les professionnels de santé, le CCAS ainsi que les partenaires institutionnels (le Conseil Général, le Conseil Régional, la CRAM, la DDASS, les Caisses de retraite complémentaires et les mutuelles). Les principales activités du CLIC s'inscrivent dans deux directions : 1) une mission d'information et d'orientation des personnes âgées et de leurs familles ; 2) la mise en coordination des différents acteurs locaux par des missions d'information, de projets communs, de sensibilisation sur des problématiques communes et de prévention.

Un guichet unique de services géré par la Communauté des Communes de Voiron et s'appuyant sur un CLIC. Le Comité d'agglomération du Pays voironnais est une communauté de plusieurs communes qui mettent en synergie leurs moyens pour intervenir de manière coordonnée sur un certain nombre de domaines. L'une des compétences du Comité d'agglomération est la promotion de la solidarité sociale entre les habitants. Dans le cadre de cette compétence, elle regroupe plusieurs services liés à l'aide et au maintien à domicile assurant ainsi une fonction de référent de services à domicile et en particulier de référent gérontologique du territoire dépendant de l'intercommunalité voironnaise. Plusieurs structures et services cohabitent au sein de la Communauté d'agglomération : figurent notamment l'ADPAH pour les services d'aide à domicile auprès des personnes âgées (regroupant services prestataires et mandataires), le CLIC, une association d'aide à domicile, une association intermédiaire effectuant des prestations à domicile auprès des particuliers et des services de proximité auprès des collectivités publiques, enfin une entreprise d'insertion réalisant des services de nettoyage et de repassage auprès des particuliers. L'offre d'aide aux personnes âgées et handicapées est coordonnée au tour de trois structures : ADAPH Voiron qui fournit exclusivement des services d'aide à domicile et certains services périphériques, une association de soins à domicile, et un EHPAD pour l'hébergement des personnes lourdement dépendantes.

En plus de la fourniture des services d'aide aux personnes âgées, cette plate-forme publique héberge également un CLIC qui oriente les familles confrontées à des situations de dépendance et coordonne l'ensemble de l'offre des services. Le maintien à domicile est donc ainsi pris en charge par une seule structure depuis l'émergence des besoins jusqu'à la phase de la mise en place du service. Cette façon d'aider les personnes âgées à domicile est une intégration de services complète et innovante.

Tables des matières

INTRODUCTION GÉNÉRALE	7
1. La problématique de la thèse.....	9
1.1. La nature du marché de l'aide à domicile	9
1.2. Un service polymorphe ou un service faiblement constitué ?	10
1.3. Les notions de qualité et de qualifications dans l'aide à domicile	11
1.4. L'incertitude sur la qualité et le comportement des acteurs	12
1.5. Dépasser l'incertitude dans le cadre d'une action collective est-elle possible ?	14
2. L'organisation de la thèse	14
3. Méthodologie.....	19
3.1. Enquête auprès des prestataires.....	21
3.1.1. La fourniture de services	21
3.1.2. Les acteurs structurant l'offre de services d'aide à domicile	22
3.2. Enquête auprès des personnes âgées	23
3.3. Limites de l'analyse par enquête.....	25
3.4. Positionnement théorique de la thèse.....	26
3.5. Les hypothèses de l'enquête.....	28

PARTIE I

LE DÉVELOPPEMENT DU MARCHÉ DES SERVICES DE L'AIDE À DOMICILE : COORDINATION, ENJEUX ET RÉGULATION

<i>Introduction</i>	30
---------------------------	----

CHAPITRE I

LE DÉVELOPPEMENT DU MARCHÉ : DIFFICULTÉS DE COORDINATION ET CADRE MACRO-SOCIAL	32
---	-----------

<i>Introduction</i>	32
---------------------------	----

1. La construction du marché de l'aide à domicile et ses enjeux	34
1.1. L'apparition et l'évolution des institutions d'aide à domicile	35
1.1.1. L'apparition d'acteurs : les premières institutions dans l'aide à domicile	35
1.1.2. L'apparition du salariat : de l'aide bénévole à une prestation de service	36
1.2. Le marché et le problème de coordination.....	37
1.2.1. Le problème de la qualification du service.....	38
1.2.1.1. Le rôle des organisations dans la qualification des services.....	39
1.2.1.2. L'évolution du champ de l'aide à domicile et l'instabilité des règles de qualité	40
1.2.2. Le problème de l'information sur la qualité des services.....	43
1.2.3. Le problème de la formation des prix et les formes de concurrence.....	45
2. Les principaux facteurs de la demande et leurs enjeux sur la qualité	48
2.1. Le vieillissement de la population.....	49
2.2. Le nombre de personnes âgées vivant seules à leur domicile augmente.....	50
2.3. L'appauvrissement de la solidarité ascendante entre générations	51
2.4. L'évolution du pouvoir d'achat des personnes âgées : l'impact des inégalités de revenus sur la demande	52
2.5. La solvabilisation de la demande : le choix d'une régulation marchande.....	54
2.6. La structure de la demande en fonction du niveau de perte d'autonomie	57
3. La structure de l'offre des services de l'aide à domicile	60
3.1. Le développement du marché de l'aide à domicile	61
3.1.1. La domination du marché de gré à gré : l'effet prix	62
3.1.2. Le manque de visibilité de la qualité freine le développement qualitatif de l'offre	66
3.1.3. Une offre évoluant sur des marchés différents.....	67
3.1.3.1. Le marché d'organisations réglementées	68
3.1.3.2. Le marché d'organisations non réglementées	68

3.1.3.3. Le marché des intervenants directs ou de gré à gré	69
3.1.3.4. Le marché informel (travail au noir)	70
3.2. La configuration de l'offre : diversité et invisibilité.....	70
3.2.1. L'offre des services structurés : des formes d'organisations diverses	70
3.2.1.1. L'offre du secteur associatif	71
3.2.1.2. L'offre du secteur public	74
3.2.1.3. L'offre du secteur marchand (secteur des entreprises commerciales)	75
3.2.2. Les services directs fournis par des employés individuels : le contrat de « gré à gré »	76
4. Des différences qualitatives réelles mais peu visibles	78
4.1. Des modèles de prise en charge différents selon la variété des services offerts.....	80
4.2. Les niveaux de qualification des prestataires	81
4.3. Une différenciation qualitative effective	84
4.4. Une différenciation qualitative invisible	87
4.5. Un marché sans hiérarchisation de qualités	88
5. L'évolution des formes de l'offre d'aide à domicile	89
5.1. Séparation entre l'aide familiale et l'aide ménagère : offre spécialisée sur des publics ciblés.....	89
5.2. La diversification des formes de l'offre sur fond de régulation concurrentielle	90
5.3. Vers des formes d'offres hybrides ?.....	92
Conclusion du chapitre I	94

CHAPITRE II

L'INFLUENCE DE LA RÉGULATION PUBLIQUE SUR LA STRUCTURATION DE L'OFFRE	97
<i>Introduction</i>	97
1. Retour sur les notions de règle et de régulation	99
1.1. Les règles institutionnelles et les règles conventionnelles	99
1.2. Les règles dans la théorie des conventions.....	100
2. La régulation dans les services d'aide à domicile aux personnes âgées.....	102
2.1. La régulation transversale de l'aide à domicile.....	102
2.1.1. Le régime de l'Agrément préfectoral	103
2.1.2. L'agrément qualité : une règle institutionnelle efficace ?	106
2.1.3. Le régime d'autorisation : favoriser la démarche de projets multi-publics.....	108
2.1.4. L'assouplissement du régime : vers une segmentation entre l'offre agréée et l'offre autorisée	109
2.2. Les régulations locales de l'aide à domicile	113
2.2.1. La Régulation départementale.....	113
2.2.2. La « régulation communale »	115
2.2.3. Quelques scénarios de la régulation locale et leur impact sur l'offre	116
2.2.3.1. Favoriser des duopoles facilement gérables et sectorisation géographique de l'activité	117
2.2.3.2. Régulation locale par la spécialisation en s'appuyant sur les CCAS ou sur des grandes organisations privées.....	118
2.2.3.3. Régulation locale par l'intégration des services	120
4. Le rôle de la régulation locale dans la coordination de l'offre : le rôle des réseaux locaux.....	123
4.1. Les initiatives publiques	123
4.1.1. Offre publique : CLIC et guichet unique	124
4.1.2. Le PLIE : coordination des acteurs des services d'aide à domicile et d'insertion	126
4.1.3. Des structures ad hoc créées sur initiative publique : les plateformes de service.....	126
4.2. Les initiatives privées	128
Conclusion du chapitre II.....	130
Conclusion de la partie I	133

PARTIE II

INCERTITUDE ET QUALITÉ DANS LES SERVICES D'AIDE À DOMICILE

<i>Introduction</i> -----	137
---------------------------	-----

CHAPITRE III

APPORTS ET LIMITES DE LA THÉORIE ÉCONOMIQUE À L'ANALYSE DU CHOIX EN SITUATION D'INCERTITUDE...141

<i>Introduction</i> -----	141
<i>1. Distinction entre l'incertitude et le risque</i> -----	143
1.1. L'incertitude et le risque chez Knight.....	143
1.2. Les jugements sur l'avenir	145
1.3. L'incertitude chez Keynes	146
1.3.1. Keynes et la rationalité autoréférentielle : une approche conventionnelle de l'incertitude	147
1.3.2. Les anticipations de l'avenir	149
<i>2. L'approche de la théorie néoclassique : analyse à partir de quelques modèles</i> -----	151
2.1. L'incertitude dans la théorie de l'équilibre général	151
2.1.1. L'incertitude chez Arrow	151
2.1.1.1. L'aléa moral selon Arrow.....	152
2.1.1.2. L'incertitude et la confiance	153
2.1.2. L'incertitude chez Debreu : la marchandise incertaine	154
2.1.2.1. L'évènement prévisible caractéristique de l'incertitude	155
2.1.3. L'extension de l'équilibre général au cas de l'incertain : le marché conditionnel.....	156
2.1.4. Les limites du modèle : la fiction du marché contingent	157
2.2. L'incertitude dans les modèles microéconomiques contemporains.....	158
2.2.1. Le modèle de l'utilité espérée (MUE).....	158
2.2.2. Le modèle de l'espérance d'utilité subjective.....	160
2.2.3. Les limites du modèle de l'espérance d'utilité subjective.....	161
<i>3. Les mécanismes surmontant l'incertitude</i> -----	163
3.1. Les mécanismes du marché : les signaux et la différenciation par la qualité.....	163
3.1.1. La relation d'agence	163
Les schémas incitatifs du contrat d'agence	164
3.1.2. Les contrats contingents de Rothschild et Stiglitz	165
3.1.3. La différenciation qualitative : les modèles de signaux de qualité.....	166
3.1.3.1. Le modèle de Spence (1973)	167
3.1.3.2. La réputation : différenciation qualitative et croyances	168
3.1.3.3. La publicité : un outil pour se différencier qualitativement	170
3.1.3.4. La garantie comme signal de la qualité	172
3.2. Les dispositifs conventionnels et institutionnels	173
3.2.1. Les institutions selon Williamson	173
3.2.2. La réglementation de la qualité	174
3.2.3. Les conventions : un cadre commun de l'action	176
3.2.3.1. Définition de la convention	176
3.2.3.2. La convention de qualité	177
3.2.3.3. L'évaluation de la qualité et la pluralité des conventions de qualité	178
3.2.3.3.1. La coordination marchande.....	179
3.2.3.3.2. La coordination industrielle.....	179
3.2.3.3.3. La coordination domestique : le cas des biens personnalisés	180
3.2.3.3.4. Dynamique des conventions de qualité et hypothèse de connaissance commune	181
<i>4. Les modèles d'Akerlof (1970) et d'Orléan (1991) : indifférenciation qualitative et émergence des convention de qualité</i> -----	183
4.1. Le modèle de George Akerlof (1970) : l'indifférenciation qualitative et la sélection adverse	184
4.2. Le modèle d'Orléan 1991 : la différenciation des qualités et les conventions.....	187
4.2.1. La structure du modèle et les principaux résultats	188
4.2.2. La différenciation conventionnelle des qualités : réduction de l'incertitude par la réduction de l'espace des biens.....	190

4.2.3. L'équilibre du marché et la convention de qualité.....	191
4.2.4. L'origine de la convention de qualité dans le modèle d'Orléan	193
<i>Conclusion du chapitre III</i> -----	195

CHAPITRE IV

LA QUALITÉ DU SERVICE D'AIDE À DOMICILE : TENSIONS ET INCERTITUDES	198
---	------------

<i>Introduction</i> -----	198
1. <i>Les tensions dans la relation de service d'aide à domicile aux personnes âgées</i> -----	200
1.1. La relation socioéconomique de service	201
1.1.1. La relation directe entre l'utilisateur et le prestataire.....	201
1.1.2. Une relation complexe et plus étendue	204
1.1.2.1. Le rôle de l'institution de régulation	206
1.1.2.2. Le rôle des financeurs	206
1.1.2.3. Le rôle des intermédiaires.....	207
1.2. Les ordres de justifications dans la relation de service.....	208
1.2.1. Une relation construite sur des ordres de justification multiples	208
1.2.2. La pluralité des ordres de justifications	209
1.2.3. Les difficultés à coordonner les actions sous un registre unique.....	211
1.2.3.1. La concurrence entre le secteur marchand et non marchand : confrontation entre les registres industriel et marchand et le registre civique	211
1.2.3.2. Un accord tacite sur l'évaluation du service et sur la coordination	213
1.2.3.3. La relation de travail : confrontation entre le registre domestique et civique et le registre industriel et marchand	213
1.2.3.4. Dépasser les tensions de la relation de l'emploi : le rôle des objets conventionnels.....	215
1.2.3.4. La place du travail volontaire dans l'évaluation de la qualité.....	215
2. <i>La qualité dans l'aide à domicile : différences et enjeux</i> -----	218
2.1. La notion de qualité dans l'aide à domicile.....	218
2.1.1. Les différentes qualités dans l'aide à domicile.....	219
2.1.1.1. La qualité du service comme résultat immédiat de la relation	219
2.1.1.1.1. Les compétences professionnelles	219
2.1.1.1.2. Les compétences relationnelles	221
2.1.1.2. La notion de la qualité totale de l'organisation.....	223
2.1.2. La relation de proximité comme fondement de la qualité totale	226
2.1.3. La sectorisation de l'organisation comme réponse à l'effet négatif de la taille sur la qualité de proximité.....	227
2.1.4. La variété des services comme dimension de la qualité globale du prestataire	229
2.2. L'évolution de la dépendance et l'adaptabilité des services.....	231
2.2.1. La notion de la qualité dynamique.....	232
2.2.2. Le cercle vertueux de la qualité dynamique.....	234
3. <i>L'incertitude dans l'aide à domicile aux personnes âgées</i> -----	237
3.1. L'irréversibilité du résultat versus incertitude	238
3.2. Le lien entre l'irréversibilité et l'incertitude sur la qualité des services	239
3.3. L'incertitude radicale (ou critique).....	240
3.3.1. L'incertitude sur les situations futures : évolution des besoins et adaptabilité du service.....	240
3.3.2. L'incertitude sur le comportement des acteurs : l'aléa moral	242
3.4. Le tarif fixé par le financeur à l'aune des anticipations stratégiques.....	245
3.5. L'incertitude qualitative versus sélection adverse	248
3.5.1. Le lien entre l'incertitude sur la qualité et l'incertitude sur les comportements.....	250
3.5.2. L'impact de l'incertitude qualitative sur le marché.....	250
3.6. L'incertitude communicationnelle	252
<i>Conclusion du chapitre IV</i> -----	255
<i>Conclusion de la partie II</i> -----	258

PARTIE III

LE COMPORTEMENT DES USAGERS EN INCERTITUDE: L’ACTION INDIVIDUELLE ET LES DISPOSITIFS DE JUGEMENT SUR LA QUALITÉ

<i>Introduction</i> -----	261
---------------------------	-----

CHAPITRE V

L’ACTION DES USAGERS : QUEL COMPORTEMENT EN INCERTITUDE ?	264
--	-----

<i>Introduction</i> -----	264
1. <i>Les caractéristiques sociologiques de l’échantillon</i> -----	266
1.1. La concentration géographique des personnes interrogées.....	266
1.2. Un échantillon composé en majorité des personnes moyennement dépendantes	266
1.3. Une majorité de femmes âgées de plus de 75 ans	267
1.4. Les écarts de représentation par classe d’âge et par sexe.....	270
1.5. Le contexte social de la personne âgée: vie familiale et aide domestique	271
1.5.1. Plus de deux personnes âgées sur trois vivent seules à leur domicile	272
1.5.2. L’aide domestique des proches est inexistante ou faible pour une grande partie des personnes âgées	272
1.6. Le financement de la demande.....	274
1.7. Le volume horaire du service	275
2. <i>Les personnes âgées aidées à domicile : une population hétérogène</i> -----	277
2.1. Le lien entre les profils sociologiques et l’aide à l’autonomie	277
2.2. Les profils-types des personnes âgées aidées à domicile	282
3. <i>Le choix en situation d’incertitude</i> -----	288
3.1. Les différentes formes d’incertitude dans l’aide à domicile	288
3.1.1. Incertitude sur l’évolution de la dépendance	288
3.1.1.1. L’impossibilité d’anticiper la dépendance et l’impact sur les choix de la personne âgée	289
3.1.1.2. L’incertitude dans l’appréciation de l’évolution de la dépendance	290
3.1.1.3. Incapacité à réagir face à l’incapacité de prévoir l’avenir	292
3.1.2. La dépendance et l’isolement synonymes de fidélité au prestataire	292
3.2. Choix rationnel ou choix par défaut ?	296
3.2. 1. Un choix dans l’ignorance des différences de qualités ?	297
3.2.1.1. La majorité des personnes âgées ignorent les différences de qualité	297
3.2.1.2. Le recours à l’aide à domicile se fait sans recherche préalable d’information sur la qualité	299
3.2.2. Un choix de confiance plutôt qu’un choix par défaut	301
3.2.3. Un choix de confiance entaché d’incertitudes sur la qualité adaptative	303
3.2.4. Des usagers fidèles au prestataire même s’ils ont insatisfaits ou incertains sur sa qualité adaptative	303
3.3. L’évolution de la dépendance et l’adaptabilité des services.....	306
3.3.1. L’évolution de la dépendance et l’approche dynamique des choix	306
3.3.1.1. La fidélisation des usagers synonyme d’accroissement du niveau moyen de dépendance prise en charge	306
3.3.1.2. L’approche dynamique du choix des personnes âgées : le poids de l’évaluation subjective sur la qualité dynamique	308
3.3.2. L’évaluation subjective de la qualité de l’organisation	309
<i>Conclusion du chapitre V</i> -----	312

CHAPITRE VI

LE DISPOSITIF DE JUGEMENT COMME MODE D’INFORMATION ET D’ÉVALUATION DE LA QUALITÉ	315
---	-----

<i>Introduction</i> -----	315
1. <i>Les réseaux sociaux : un autre moyen de s’informer sur les qualités</i> -----	317
1.1. La composition du réseau social dans l’aide à domicile.....	318
1.2. L’apport et limites du réseau social	320
1.3. Le poids des pratiques informelles dans l’orientation de la demande	321
2. <i>Une multiplicité de réseaux et une multiplicité de qualités</i> -----	323
2.1. Réseaux construits par des régulations localisées : partenariats avec les institutions locales (exemple ADAR).....	323

2.2. Réseaux issus des connexions stratégiques: partenariats privés entre les prestataires	324
2.3. Réseaux construits sur les valeurs de l'insertion: partenariats avec les acteurs d'insertion sociale (l'exemple de CEDRE et de MSD)	326
2.4. Réseaux du service public de proximité (les CCAS)	327
2.5. Réseaux fondés sur la logique commerciale (exemple des entreprises privées)	327
3. <i>Le rôle des réseaux d'échange dans la construction de la qualité</i>	329
3.1. L'insuffisance des outils d'évaluation objective de la qualité	329
3.2. Les mouvements de « search » dans l'aide à domicile	330
3.2.1. Très faible expérimentation des services d'aide à domicile par les personnes âgées	331
3.2.2. L'évolution de la dépendance est un facteur important dans le changement de prestataire	331
3.2.3. Les personnes âgées lourdement dépendantes changent de prestataire plus fréquemment que les autres personnes âgées	332
3.3. Le partage d'expériences entre les usagers : l'évaluation de la qualité dans l'espace-réseau	333
3.3.1. Les jugements qualificatifs et jugements comparatifs des prestataires	333
3.3.2. Pluralité et complexité des jugements qualificatifs	337
3.4. Du discours-jugement à la réputation	339
3.5. La proximité active entre les usagers et son rôle dans la construction de la réputation des prestataires	342
3.5.1. La proximité active entre les personnes âgées : espace d'ajustement et de formation des évaluations sur la qualité	342
3.5.2. Usagers transporteurs et diffuseur de la réputation	344
3.5.2.1. La diffusion de la réputation dépend du niveau de satisfaction sur la qualité	345
3.5.2.2. Le niveau de satisfaction baisse avec la proximité entre usagers	346
3.5.2.3. L'introduction des jugements comparatifs à travers l'interconnexion des réseaux d'échange	348
4. <i>L'apport des jugements comparatifs à l'évaluation de la qualité des prestataires</i>	350
4.1. La différenciation des qualités à travers les expériences individuelles	350
4.2. Les différenciations qualitatives à travers le partage des expériences des autres usagers	350
4.3. L'Analyse factorielle Multiple comme approche exploratoire du comportement des usagers en incertitude	353
4.3.1. Le lien entre la différenciation qualitative, la nature du choix et la réputation	357
4.3.2. Le lien entre la proximité entre les usagers, l'évaluation subjective de la qualité et la fidélité au prestataire	358
4.3.3. Les quatre comportements types dans l'incertitude	359
4.3.3. Les risques sur la stabilité de la relation de service	363
4.3.3.1. Les variables comportementales influents sur la stabilité de la relation de service	365
4.3.3.2. Les variables sociologiques influentes sur la stabilité de la relation de service	367
<i>Conclusion du chapitre VI</i>	369
<i>Conclusion de la partie III</i>	372

PARTIE IV

UN MODÈLE DE CONCURRENCE PAR LES RÉPUTATIONS ET UNE DIFFÉRENCIATION QUALITATIVE PAR LES CONVENTIONS

<i>Introduction</i>	377
---------------------------	-----

CHAPITRE VII

UN MARCHÉ OÙ LA CONCURRENCE S'EFFECTUE PAR LES RÉPUTATIONS	380
---	-----

<i>Introduction</i>	380
1. <i>Les caractéristiques du marché des services de l'aide à domicile</i>	382
1.1. Un marché d'organisations et un marché de services d'aide à domicile	382
1.2. Le rôle des réseaux d'échange dans la différenciation des prestataires	385
1.3. Une concurrence par les réputations	386
2. <i>Les niveaux constitutifs du marché de l'aide à domicile</i>	389
2.1. Le niveau de la régulation	391
2.2. Le niveau de la concurrence	392

2.2.1. La concurrence sur le marché des services	393
2.2.2. L'intermédiation et son effet sur la concurrence	393
2.3. Le niveau du contrat de prestation : la relation entre le prestataire, l'utilisateur et le salarié	394
2.4. Le niveau des conventions	396
<i>Conclusion du chapitre VII</i>	398

CHAPITRE VIII

LES CONVENTIONS DE QUALITÉ COMME MODE DE COORDINATION DANS L'AIDE À DOMICILE	400
---	-----

<i>Introduction</i>	400
1. Les conventions de qualification de l'offre et de la demande	402
1.1. L'agrément qualité : une convention de différenciation qualitative	402
1.1.1. L'agrément qualité introduit une différenciation qualitative entre les prestataires	402
1.1.2. Une règle de qualification construite par des équivalences	404
1.2. La Grille AGGIR comme outil d'évaluation des besoins : une convention de mesure	405
1.2.1. Un outil d'évaluation commune permettant de qualifier la demande	405
1.2.2. Une convention intégrant l'évolution des besoins dans la qualification de la demande	406
1.2.3. Légitimation de l'évaluation à travers les fondements juridiques de la grille AGGIR	407
1.2.4. Légitimation par l'objectivité et la neutralité de l'évaluation	408
1.3. La convention de spécialisation qualificative	408
1.3.1. Le contexte de l'organisation interne du travail	408
1.3.2. L'affectation des qualifications selon les besoins des personnes aidées	409
1.4. Les limites de la convention de mesure et de spécialisation	412
1.5. La coordination par les qualités idiosyncrasiques	413
1.5.1. L'évaluation subjective de la qualité par les salariés	413
1.5.2. L'incorporation des qualités relationnelles dans la construction du service	414
2. Quatre modèles d'organisation associés à quatre conventions de qualité	417
2.1. La convention de qualité relationnelle	420
2.2. La convention de qualité professionnelle contractualisée	421
2.3. La convention de qualité marchande	422
2.4. La convention de qualité technique garantie	424
3. L'instabilité des conventions de qualité dans l'aide à domicile	426
3.1. La dynamique des conventions de qualité : première instabilité du modèle	426
3.2. L'introduction du temps dans la relation de service : deuxième instabilité du modèle	427
3.3. L'adaptation qualitative synonyme de qualité multi-conventionnelle	429
3.4. L'association ADAR comme exemple de qualité multi-conventionnelle	429
3.4.1. La recherche de la compatibilité des profils entre la personne aidée et le salarié : convention de qualité relationnelle	430
3.4.2. Convention professionnelle contractualisée	430
3.4.3. La norme NF : démarche de qualité technique certifiée	431
3.4.4. Ouverture de l'activité de l'association au marché régulé par les prix : convention marchande	432
<i>Conclusion du chapitre VIII</i>	433
<i>Conclusion de la partie IV</i>	436

CONCLUSION GÉNÉRALE	440
----------------------------------	-----

BIBLIOGRAPHIE	453
----------------------------	-----

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	469
---	-----

ANNEXES	470
----------------------	-----

1. Le plan Borloo de développement des services à la personne	470
2. Les enseignes des services à la personne	472
3. Questionnaire adressé aux personnes âgées	473
4. Description des études de cas	475